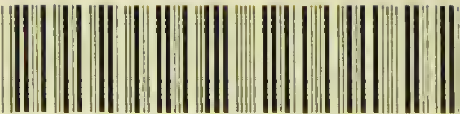
KRAEPELIN

PSYCHIATRIE

SIEBENTE AUFLAGE

II. BAND



PSYCHIATRIE

EIN LEHRBUCH

FÜR

STUDIERENDE UND ÄRZTE

VON

DR. EMIL KRAEPELIN
PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

SIEBENTE, VIELFACH UMGEARBEITETE AUFLAGE

II. BAND

KLINISCHE PSYCHIATRIE

MIT 2 TAFELN IN LICHTDRUCK, 11 TAFELN IN AUTOTYPIE, 31 FIGUREN IM TEXT UND 22 SCHRIFTPROBEN



LEIPZIG
VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH
1904


WELLCOME
LIBRARY
INSTITUTE

Zweiter Band:

Klinische Psychiatrie.

Inhaltsverzeichnis.

Seite

Die Einteilung der Seelenstörungen 1

Lehrbücher der Psychiatrie 12

I. Das infektiöse Irresein 14

A. Die Fieberdelirien 15

Grade der Störung — Grundlage derselben — Prognose — Behandlung.

B. Die Infektionsdelirien 19

Initialdelirien bei Typhus und Blattern — Intermittensdelirien — Delirien bei Chorea, Influenza, Lyssa, Sepsis — Delirium acutum.

C. Die infektiösen Schwächezustände 27

Verstimmung — Wahnbildungen — Cerebropathia psychica toxämica — Expansive Formen.

II. Das Erschöpfungsirresein 34

A. Das Collapsdelirium 35

Krankheitsbild — Dauer — Ausgang — Diagnose — Behandlung.

B. Die akute Verwirrtheit (Amentia) 40

Meynerts Amentia — Asthenische Verwirrtheit — Verlauf — Ursachen — Diagnose — Behandlung.

C. Die chronische nervöse Erschöpfung 48

Erworbene Neurasthenie — Hypochondrie — Ursachen — Abgrenzung — Behandlung.

III. Die Vergiftungen 62

1. Die akuten Vergiftungen 62

Stoffwechselerzeugnisse — Chemische und pflanzliche Gifte.

Seite

2. Die chronischen Vergiftungen 64

A. Der Alkoholismus 67

Rausch (psychologische Versuche) — Alkoholintoleranz — krankhafte Rauschzustände 68

Chronischer Alkoholismus 70

Psychische Störungen (Stumpfheit, Reizbarkeit, Willensschwäche) — Körperliche Störungen (Alkoholepilepsie, Hysterie) — Alkoholentartung — Ursachen — Behandlung, Vorbeugung.

Delirium tremens der Trinker 87

Auffassungsstörungen — Sinnestäuschungen — Beschäftigungsdelirien — Ablenkbarkeit — Merkstörung — Stimmung — Unruhe — Körperliche Begleiterscheinungen — Verlauf — Pathologische Anatomie — Ursachen — Behandlung.

Korssakowsche Psychose (chronisches Delirium) 107

Merkstörung, Erinnerungsfälschungen — Wahnbildungen — Körperliche Störungen — Pathologische Anatomie — Abgrenzung.

Hallucinatorischer Wahnsinn der Trinker 119

Akute und subakute Formen — Systematisierendes Delirium.

Hallucinatorischer Schwachsinn der Trinker (Alkoholparanoia) 127

Eifersuchtswahn der Trinker 131

Alkoholparalyse, Pseudoparalyse 134

B. Der Morphinismus 135

Akute Morphiumwirkung — Chronische Vergiftung — Ursachen — Abstinenzerscheinungen — Behandlungsmethoden.

C. Der Cocainismus 154

Cocainrausch — Charakterveränderung — Cocainwahnsinn.

IV. Das thyreogene Irresein 162

A. Das myxödematöse Irresein 162

Krankheitsbild — Ursachen — Kachexia strumipriva — Behandlung.

B. Der Cretinismus 169

Krankheitsbild — Ursachen und Wesen — Bekämpfung.

V. Die Dementia praecox 176

Allgemeines Krankheitsbild 177

Sinnestäuschungen — Aufmerksamkeitsstörungen — Zerfahrenheit — Wahnbildungen — Gemütliche Verblödung — Willensstörungen (Negativismus, Stereotypen, Automatie).

Körperliche Störungen 188

Anfälle.

Seite

Klinische Formen 191
Hebephrenische Formen 192
Katatonische Formen 209
Stupor — Erregung — Ausgänge — Remissionen — Leichenbefunde.
Paranoide Formen 238
Dementia paranoides — Phantastische Verrücktheit (physikalischer Verfolgungswahn) — Délire chronique à évolution systématique (Paranoia completa).
Gruppierung nach den Ausgängen 259
Ursachen und Wesen 265
Abgrenzung 272
Behandlung 281

VI. Die Dementia paralytica 284

Psychische Krankheitszeichen 285
Auffassungsstörung — Gedächtnisstörung — Erinnerungsfälschungen — Urteilslosigkeit — Wahnbildungen — Reizbarkeit, Stimmungswechsel — Haltlosigkeit, Bestimmbarkeit.
Körperliche Krankheitszeichen 297
Analgesie — Anfälle — Pupillenstörungen — Sprache und Schrift — Rückenmarkserscheinungen — Cerebrospinalflüssigkeit — Allgemeine Ernährungsstörungen.
Klinische Krankheitsbilder 323
Depressive Form (hypochondrische, ängstliche Paralyse, Verfolgungswahn) 324
Expansive Form (klassische, cirkuläre Paralyse) 329
Agitierte Form (galoppierende Paralyse, Delirium tremens) . 337
Demente Form 341
Verlauf der Krankheit 345
Ausgang 348
Pathologische Anatomie 352
Schädel, Hirnhäute — Zellenveränderungen — Faserschwund — Rindenschrumpfung — Gliawucherung (Spinnenzellen) — Gefässveränderungen (Plasmazellen) — Rückenmarksveränderungen — Neuritis — Übrige Organe (Aortenerkrankung).
Anatomische Krankheitsgruppen . . . .
Tabesparalyse — Atypische Paralysen — Binswangers Einteilung 365
Ursachen und Wesen der Paralyse 369
Häufigkeit — Alter (jugendliche Paralyse) — Geschlecht — Verwandtenparalyse — Beruf — Syphilis — Deutung (Metasyphilis, Erschöpfung).
Erkennung 389
Behandlung 396

Seite

VII. **Das Irresein bei Hirnerkrankungen** 401
Ausgebreitete Erkrankungen 401
Gliose der Hirnrinde — Diffuse Hirnsklerose — Huntingtons Chorea — Multiple Sklerose — Syphilitische Erkrankungen (Lues hereditaria tarda, luetischer Schwachsinn, luetische Pseudoparalyse) — Tabespsychosen — Arteriosklerotische Hirnatrophie (Postapoplektischer Schwachsinn, schwere, progressive Arteriosklerose, subcorticale Encephalitis, perivasculäre Gliose).
Umgrenzte Erkrankungen 431
Geschwülste — Abscesse — Blutungen, Embolien, Thrombosen — Kopfverletzungen (Traumatisches Delirium, traumatischer Schwachsinn).

VIII. **Das Irresein des Rückbildungsalters** 440
A. Die Melancholie 441
Krankheitsbild (Einfache, hypochondrische Formen) — Depressiver Wahnsinn, nihilistischer Wahn — Angstmelancholie — Verlauf — Abgrenzung — Behandlung.
B. Der präsenile Beeinträchtigungswahn 469
Krankheitsbild — Abgrenzung.
C. Altersblödsinn 475
Krankheitsbild — Presbyophrenie — Depressionszustände — Seniles Delirium — Seniler Verfolgungswahn — Leichenbefunde (senile Hirnverödung — Abgrenzung) — Behandlung.

IX. **Das manisch-depressive Irresein** 496
Allgemeine Krankheitszeichen 498
Auffassungsstörungen — Bewusstseinsstörungen — Sinnestäuschungen, Wahnbildungen — Störungen des Vorstellungsverlaufes (Ideenflucht, Denkhemmung) — Stimmungsstörung (Euphorie, Depression, Reizbarkeit) — Beschäftigungsdrang (Tobsucht, Rededrang) — Psychomotorische Hemmung (Entschlussunfähigkeit) — Schrift.
Manische Zustände 517
Hypomanie — Tobsucht — Deliriöse Formen — Körperliche Zeichen — Verlauf, Dauer — Ausgang.
Depressive Zustände 530
Einfache Hemmung — Stupor — Wahnbildungen — Körperliche Zeichen.
Mischzustände 539
Verschiedene Formen — Manischer Stupor — Zornige Manie — Depressive Erregung — Gedankenarme Manie — Ideenflüchtige Depression — Manische Hemmung.

Seite

Ursachen 551
Prädisposition — Lebensalter, Geschlecht.
Umgrenzung 553
Einfache und periodische Formen (Manie, Melancholie) — Circuläres Irresein.
Wesen der Krankheit 560
Verlauf der Krankheit 561
Beginn — Dauer der Anfälle — Wiederkehr — Verschiedene Verlaufsarten — Zwischenzeiten — Übergänge.
Prognose der Krankheit 578
Cyclothymie — Chronische Manie, konstitutionelle Depression — Arteriosklerose.
Erkennung der Krankheit 582
Behandlung 587

X. Die Verrücktheit (Paranoia) 590

Begriffsbestimmung 590
Krankheitsbild 595
Verfolgungswahn — Grössenwahn — Erotische Verrücktheit — Sinnestäuschungen, Erinnerungsfälschungen — Handeln und Benehmen.
Verlauf, Wesen, (originäre Paranoia), Erkennung, Behandlung . 608
Der Querulantenwahn 612

XI. Das epileptische Irresein 623

Krankheitsbilder 623
Epileptischer Schwachsinn — Periodische Verstimmungen — Wahnbildungen — Dämmerzustände — Anfall — prae- und postepileptisches Irresein — Traumhafte Benommenheit, Nachtwandeln — Epileptischer Stupor — Ängstliches Delirium — Besonnenes Delirium. — Verhalten der Erinnerung.
Ursachen 651
Geschlecht, Alter (Epilepsia tarda) — Alkoholepilepsie (pathologische Rauschzustände, Dipsomanie).
Wesen der Krankheit 660
Hirnveränderungen — Stoffwechselstörungen.
Prognose 665
Diagnose 666
Psychische Äquivalente, Delirium transitorium, Hysteroepilepsie.
Behandlung 675
Vorbeugung — Ursächliche Behandlung — Bromsalze.

Seite

XII. Die psychogenen Neurosen 683

A. Das hysterische Irresein 684

Krankheitsbilder 684

Hysterische Persönlichkeit (Hypochondrische Störungen, Charakterveränderung) — Körperliche Begleiterscheinungen — Dämmerzustände (Schlafanfälle, Nachtwandeln, Delirien) — Verstimmungen, Aufregungszustände.

Wesen und Ursachen 704

Geschlechtsunterschiede — Hysterie der Kinder (Chorea magna) Genitalleiden — Chemische, psychologische Theorien.

Verlauf, Prognose 710

Diagnose 712

Behandlung 716

Vorbeugung — Kastration — Mastkur — Psychische Behandlung.

B. Die Schreckneurose 720

C. Die Erwartungsneurose 731

XIII. Die originären Krankheitszustände 741

A. Die Nervosität 742

Krankheitsbild — Entartung — Angeborene Neurasthenie — Behandlung.

B. Die konstitutionelle Verstimmung 757

C. Die konstitutionelle Erregung 764

D. Das Zwangsirresein 769

Zwangsvorstellungen (Onomatomanie, Arithmomanie, Fragesucht, Grübelsucht) — Erythrophobie, Kleiderangst, Aberglaube — Zweifelsucht (Papierangst) — „Phobien“ (Platzangst, Höhenangst, Schmutzangst, Krankhafte Befangenheit) — Berührungsfurcht (Waschmanie) — Krisen — Antriebe.

E. Das impulsive Irresein 794

Wandertrieb — Brandstiftungstrieb — Stehltrieb, Sammeltrieb — Mordtrieb — Monomanien.

F. Die geschlechtlichen Verirrungen 801

Onanie — Exhibitionismus, Fetischismus, Masochismus, Sadismus — Conträre Sexualempfindung — Psychische Hermaphrodisie — Effeminatio, Viraginität — Häufigkeit — Erkennung — Ursprung und Wesen des Zustandes — Behandlung.

Seite

XIV. Die psychopathischen Persönlichkeiten 815

A. Der geborene Verbrecher 816

Moral insanity — Berufsverbrecher.

B. Die Haltlosen 825

Instabilität — Pseudodipsomanie — Gewohnheitsverbrecher.

C. Die krankhaften Lügner und Schwindler 831

D. Die Pseudoquerulanten 836

XV. Die psychischen Entwicklungshemmungen 842

A. Die Imbecillität 844

Stumpfe, anergetische Formen — Lebhafte, erethische Formen — Ursachen, körperliche Grundlagen — Erkennung — Behandlung (Hilfsschulen).

B. Die Idiotie 857

Grade der Störung — Stumpfe und erregte Formen — Körperliche Zeichen (Epilepsie) — Ursachen (Alkohol, Schädelverletzungen, Schädelverbildungen) — Pathologische Anatomie (Entwicklungshemmungen, Krankheitsvorgänge) — Anatomische Gruppen (Encephalitis, Hydrocephalie, Luetische, Epileptische Formen, Hypertrophische Hirnsklerose, Paralytisch-amaurotische Idiotie, Cretinismus, Mongoloide Form, Dementia praecox) — Prognose — Erkennung — Behandlung.

Tafeln.

Seite

I. Cretinen 170
II. Katatonikergruppe 216
III. Paralytikergruppe 305
IV. 1. Neuronophagie bei Katatonie. 2. Spinnenzelle bei Paralyse. 3. Gefässe mit Gliazellen bei Paralyse. 4. Gliahülle bei Paralyse. 5. Plasmazellen bei Paralyse. 6. Stäbchenzelle 356
V. 1. und 2. Paralytische Hirnrinden 356
VI. 1. Hirnrinde bei luetischer Pseudoparalyse. 2. Hirnrinde bei arteriosklerotischer Hirnerkrankung 410
VII. 1. Paralytisches Rückenmark. 2. Syphilitisch erkranktes Hirngefäss. 3. Subkortikaler Faserschwund bei Arteriosklerose. 4. Herdartige Rindenverödung 424
VIII. 1. Hirnrinde bei seniler Demenz. 2. Senile Rindenverödung . . . 490
IX. Manische Kranke 506
X. Circuläre Kranke. 1. Circulärer Stupor. 2. Hypomanie bei derselben Kranken. 3. Circuläre Depression. 4. Manischer Stupor 532
XI. Idioten. 1. Mikrocephalie. 2. Hydrocephalie. 3. Cerebrale Kinderlähmung. 4. Katatonische Idiotie 869
XII. 1. Gesunde Hirnrinde. 2. Entwicklungshemmung bei Idiotie . . 872
XIII. 1. Hirnrinde bei frischer Encephalitis. 2. Hirnrinde bei alter Idiotie 874

Figuren.

I. Körpergewicht bei Infektionsdelirium nach Gelenkrheumatismus . 23
II. Körpergewicht bei Collapsdelirium nach Lungenentzündung . . . 37
III. Körpergewicht bei Amentia im Wochenbett 45
IV. Visionen bei Delirium tremens 90
V. Cretine 170
VI. Körpergewicht bei Katatonie. Stupor, dann Verblödung mit leichter Erregung 191
VII. Körpergewicht bei Katatonie mit sehr starker Erregung; Ausgang in Tod 191
VIII. Körpergewicht bei Katatonie. Wechsel zwischen Stupor und Klarheit 191
IX. Zeichnungen bei Katatonie 225

Seite

X. Körpergewicht bei Dementia präcox. Rascher, ununterbrochener Wechsel von Erregung und Stumpfheit 233
XI. Darstellung telepathischer Beeinflussungen 250
XII. Verteilung der Dementia präcox auf die einzelnen Altersklassen 265
XIII. Gang der Eigenwärme während zweier mehrtägiger paralytischer Anfälle 301
XIV. Cythoskopisches Bild bei Paralyse 316
XV. Subnormale Temperaturen im letzten Abschnitt einer Paralyse . 319
XVI. Körpergewicht bei dementer Paralyse mit anfänglicher Erregung, dann Verblödung 321
XVII. Körpergewicht bei Paralyse mit fast 5jähriger Remission. Beim ersten Anfall Delirium acutum, beim zweiten Depressionszustand 322
XVIII. Körpergewicht bei galoppierender Paralyse 339
XIX. Verteilung der Paralyse auf die einzelnen Altersklassen . . . 371
XX. Körpergewicht bei Melancholie mit Ausgang in Genesung . . 455
XXI. Körpergewicht bei Melancholie mit Ausgang in Schwachsinn . 458
XXII. Häufigkeit der Klangassociationen bei Gesunden und Manischen 509
XXIII. Schriftdruckkurven beim manisch-depressiven Irresein 515
XXIV. Zusammensetzung der Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins 542
XXV. Das Lebensalter beim Beginn des manisch-depressiven Irreseins 552
XXVI. 1—3 Verlaufsarten des manisch-depressiven Irreseins . 565, 567, 568
XXVII. Prozentverhältnis der Klangassociationen in der Manie und der Depression 574
XXVIII. Körpergewicht beim manisch-depressiven Irresein 578
XXIX. Schädeldiagramm eines Hydrocephalus 867
XXX. Idiot mit allgemein vergrössertem Schädel 869
XXXI. Schädeldiagramm eines Mikrocephalus 870

Schriftproben.

I. Delirium tremens 97
II. Hebephrenie 203
III. Katatonische Stereotypie. 223
IV. Katatonische Zerfahrenheit. 224
V. Dementia paranoides 245
VI. Dementia präcox mit Wahnbildungen 258
VII. Paralyse; leichte Ataxie 308
VIII. Paralyse; Ataxie mit Zittern 309
IX. Paralyse; hochgradige Ataxie 309
X. Paralyse; flüchtige Schrift mit Auslassungen und Zusätzen . . 310
XI. Paralyse; Schrift mit starkem Druck und Buchstabenverdoppelung 310
XII. Paralyse; Schrift mit Auslassungen und Wiederholungen . . . 310
XIII. Verschlechterung der Schrift durch einen paralytischen Anfall . 311

Seite
XIV. Paralyse; paragraphische Schrift 312
XV. Syphilitische Pseudoparalyse 409
XVI. Arteriosklerotische Hirnerkrankung 422
XVII. Melancholie 452
XVIII. Senile Zitterschrift 479
XIX. Manie 512
XX. und XXI. Manie und Depression bei derselben Kranken 577
XXII. Hysterie 694

Die Einteilung der Seelenstörungen*).

Das nächste Ziel einer ärztlichen Erkenntnis der Geistesstörungen bildet naturgemäss die Begriffsbestimmung und Umgrenzung einzelner Krankheitsformen. Zu einer befriedigenden Lösung dieser Aufgabe müssten uns einerseits die Veränderungen der körperlichen Vorgänge in unserer Hirnrinde, andererseits die mit ihnen zusammenhängenden psychischen Krankheitsäusserungen genau bekannt sein. Nur dann wären wir imstande, aus den Störungen des Seelenlebens auf deren krankhafte körperliche Grundlagen und weiterhin auf die Ursachen des ganzen Krankheitsvorganges zurückzuschliessen und umgekehrt. Leider sind wir von einer derartigen Einsicht in das Zustandekommen der Geisteskrankheiten nur allzuweit noch entfernt. Wir können uns aber auch nicht verhehlen, dass gerade das tiefer dringende Verständnis uns vielleicht immer klarer die Unmöglichkeit einer wirklich durchgreifenden Einteilung der Seelenstörungen dartun wird.

Überall, wo wir den Versuch wagen, Lebensvorgänge ohne Rest und ohne Zwischenstufen in ein Schema einzuordnen, machen wir die Erfahrung, dass sich die anfangs scharf erscheinenden Grenzen bei genauerer Erkenntnis des Gegenstandes mehr und mehr verwischen, dass von jedem Beobachtungstypus zahllose, unmerklich abweichende Glieder zu den benachbarten Formen hinüberführen. Der Unmöglichkeit einer grundsätzlichen Scheidung zwischen gesunden und krankhaften Zuständen haben wir

*) Kahlbaum, Die Gruppierung der psychischen Krankheiten. 1863; Volkmanns klinische Vorträge, 126; Oebbecke, Vergleichende Übersicht der Klassifikationen der Psychosen, Diss. 1886; De Sanctis, Atti dell' XI. Congresso della società freniatrica Italiana, 182. 1902.

früher schon gedacht; ebenso werden wir erwarten müssen, zwischen den einzelnen schulmässigen „Krankheitsformen“ alle möglichen Übergänge im Leben anzutreffen. Sehen wir doch auch in der inneren Medizin selbst die eigenartigsten Krankheitsgruppen, die akuten Infektionskrankheiten, sich durch eine Menge von „nicht ausgesprochenen“, „abortiven“, „gemischten“ Fällen allmählich in anders benannte „Krankheitsspezies“ hinein verlieren, so dass sich bakteriologische und klinische Kennzeichnung durchaus nicht immer decken! Dazu kommt, dass grosse Gruppen von Geistesstörungen wesentlich aus krankhafter Veranlagung entspringen; die persönliche Eigenart wird demnach hier ihren Einfluss in besonders hohem Grade geltend machen und die klinische Mannigfaltigkeit der Krankheitsbilder vermehren müssen. Endlich aber haben wir mit dem Umstande zu rechnen, dass die einzelnen Teile des Gehirns nicht die gleichen Verrichtungen haben. Nicht nur die Art und Stärke der krankhaften Veränderungen, sondern auch ihr besonderer Sitz wird daher vermutlich eine unübersehbare Folge feinerer Abstufungen in der Gestaltung des psychischen Zustandes zu erzeugen imstande sein.

Wenn wir somit von einer glatten Einteilung der Seelenstörungen, etwa im Sinne Linnés, für alle Zeiten und von der Aufstellung einer wissenschaftlich befriedigenden Formenlehre für jetzt noch absehen müssen, so fordert doch das praktische Bedürfnis schon heute wenigstens eine ungefähre Gruppierung des Erfahrungsrohstoffes, die um so bleibenderen Wert besitzen wird, je weniger sie sich durch vorgefasste Meinungen in der nüchternen Verarbeitung der Tatsachen beeinflussen lässt.

Die sicherste Grundlage für eine derartige Einteilung der Irreseinsformen scheint, namentlich im Hinblicke auf die Erfahrungen der inneren Medizin, zunächst die pathologische Anatomie zu versprechen. Leider liegt jedoch die Aussicht auf die Feststellung kennzeichnender Leichenbefunde für die Mehrzahl der Geistesstörungen noch in weiter Ferne. Selbst dort aber, wo wir schon heute gröbere Veränderungen im Gehirne nachzuweisen vermögen, fehlt uns doch durchaus noch das genauere Verständnis für die Beziehungen der anatomischen Tatsachen zu den klinischen Erscheinungen, so dass wir es nur ausnahmsweise wagen dürfen, am Sektionstische einigermassen zuversichtliche

Vermutungen über den psychischen Zustand während des Lebens auszusprechen. An der Unzulänglichkeit unserer pathologisch-anatomischen Untersuchungshilfsmittel und Kenntnisse wie an der Schwierigkeit, körperliche und psychische Krankheitsvorgänge miteinander in Verbindung zu bringen, sind daher auch die bisherigen Versuche einer pathologisch-anatomischen Einteilung der Geistesstörungen sämtlich gescheitert.

Kaum weniger schwerwiegende Einwände lassen sich gegen den Versuch einer Einteilung der Psychosen nach den Ursachen vorbringen, die noch in neuester Zeit mit Nachdruck als die allein wertvolle hingestellt worden ist. Allerdings kennen wir schon heute einige Ursachen, deren Einfluss sich in ganz bestimmten klinischen Merkmalen geltend macht und somit umgekehrt aus diesen erschlossen werden kann. Dahin gehören namentlich die verschiedenen Formen von Vergiftung und einzelne körperliche Erkrankungen, Kopfverletzungen, ferner vielleicht manche heftige Gemütserschütterungen und endlich die schwereren Formen der erblichen Entartung, deren Wesen und Wirkungsweise unserem Verständnisse freilich noch sehr fern liegt. Demgegenüber sind die Ursachen des Irreseins in der erdrückenden Mehrzahl der Fälle für uns völlig dunkel, wie jede ehrliche Würdigung der täglichen Erfahrung ohne weiteres wird eingestehen müssen. Das liegt nicht allein an äusseren Zufälligkeiten, an der Schwierigkeit, Aufschluss über die Vorgeschichte zu erhalten, sondern ist wohl in der Natur der Geistesstörungen selbst begründet. Am häufigsten haben wir es hier mit solchen Erkrankungen zu tun, deren wesentliche Ursachen in der Veranlagung oder in unbekannten inneren Zuständen des Menschen gelegen sind. Gerade die Erforschung und Zergliederung geistiger und körperlicher Persönlichkeiten ist indessen leider bisher nicht über die allerersten Anfänge hinausgekommen. Endlich wird zu berücksichtigen sein, dass die Ursachen der Geistesstörungen anscheinend vielfach in Verbindung miteinander wirken, so dass sich auch aus diesem Grunde der innere Zusammenhang der gegebenen Erscheinungen fast niemals mit jener Klarheit durchschauen lässt wie etwa bei dem Entstehen einer Infektionskrankheit.

Bei weitem am häufigsten ist der Weg einer Einteilung der Geistesstörungen nach ihren klinischen Zeichen eingeschlagen

worden, weil die Erscheinungen des Irreseins dem Beobachter am unmittelbarsten in die Augen fallen. Dieses Verfahren führt zunächst mit einer gewissen Notwendigkeit zur Überschätzung des einzelnen Merkmals, zu der Neigung, alle Krankheitsfälle zu einer Form zusammenzufassen, denen eine bestimmte auffallendere Störung gemeinsam ist. So sind die meisten unserer geläufigen Krankheitsbegriffe entstanden. Als Melancholie wurden alle traurigen oder ängstlichen Verstimmungen, als Tobsucht die Erregungszustände, als Verrücktheit die mit Wahnbildungen und Sinnestäuschungen einhergehenden Erkrankungen bezeichnet u. s. f. Es konnte aber nicht fehlen, dass sich allmählich deutlich die innere Verschiedenartigkeit der zeitweise die gleichen Zeichen darbietenden Geistesstörungen herausstellte. Ferner zeigte es sich, dass im Verlaufe desselben Krankheitsfalles nacheinander Erscheinungen auftraten, die vollständig voneinander abwichen, ja geradezu Gegensätze zu bedeuten schienen.

Daraus ergab sich die namentlich von Kahlbaum klar erkannte Notwendigkeit, zwischen vorübergehenden Zustandsbildern und Krankheitsformen zu unterscheiden. Jene ersteren können sich bei den verschiedensten Erkrankungen in gleicher oder doch sehr ähnlicher Weise wiederfinden. Eine wissenschaftliche Diagnose darf sich indessen niemals mit der Feststellung des Zustandsbildes begnügen, sondern sie muss über den Krankheitsvorgang Aufschluss geben, dem jenes Bild angehört.

Auf dem Gebiete der körperlichen Erkrankungen unterscheiden wir die Allgemeinerscheinungen, welche die verschiedensten Erkrankungen begleiten, Fieber, Schmerzen, Hinfälligkeit u. s. f., von denjenigen, die für einen bestimmten Krankheitsvorgang kennzeichnend sind, wie Roseola oder Cholerastühle. Dazwischen liegen jene zahlreichen Krankheitszeichen, die einer umgrenzten Gruppe von Krankheiten zukommen, wie das Eiweissharnen oder der Icterus. Ganz ähnlich liegen die Dinge bei den psychischen Störungen. Auch hier werden wir neben den Allgemeinerscheinungen, denen keine besondere klinische Bedeutung zukommt, Krankheitszeichen von kennzeichnender Eigenart und endlich solche Störungen zu unterscheiden haben, deren Auftreten sich auf gewisse Formenkreise beschränkt. Gerade hier lässt sich vielfach erkennen, dass die zunächst ganz

gleichartig erscheinenden Zeichen bei verschiedenen Erkrankungen doch gewisse feinere Abweichungen darbieten. Wie die auffallendsten Störungen durchaus nicht immer die klinisch wichtigsten sind, so treten für die geschärfte Beobachtung oft genug neben der groben Übereinstimmung unscheinbare, aber für das Verständnis des Einzelfalles bedeutsame Verschiedenheiten hervor. Die vorsichtige und eindringende Zergliederung der Erfahrungen führt so zu einer allmählichen Erweiterung des Kreises der kennzeichnenden Krankheitserscheinungen.

Den Wegweiser für diese klinische Zerlegung und Bewertung der Krankheitszeichen kann, wie ich denke, nur das Gesamtbild des vorliegenden Krankheitsfalles in seiner Entwicklung vom Anfange bis zum Ende liefern. Wir dürfen gewiss voraussetzen, dass wirklich gleiche Krankheitsvorgänge schliesslich auch ein ähnliches Gesamtbild erzeugen. Dabei werden die wesentlichen Züge den wechselnden Zuständen dauernder ihre eigenartige Färbung geben, als die nebensächlichen und zufälligen. Insbesondere müssen sich in den Endzuständen ungeheilter Geistesstörungen die kennzeichnenden Merkmale des Krankheitsvorganges am reinsten zeigen, ähnlich wie sich die wirkliche Umgrenzung einer Herderkrankung zuverlässig nur aus den Dauererscheinungen beurteilen lässt. Jedenfalls aber werden wir dem einzelnen Zeichen um so grössere Bedeutung beimessen dürfen, je sicherere Schlüsse es uns auf Ursache und Ausgang des gegebenen Krankheitsfalles gestattet. Nach dieser Richtung hin wird sich die Lehre von den klinischen Krankheitszeichen entwickeln müssen. Wie sie uns in den Stand gesetzt hat, aus der lange unbeachteten reflektorischen Pupillenstarre bestimmte Aussagen über die Art der Erkrankung abzuleiten, so hat sie uns den Unterschied zwischen Bewegungstrieb und Beschäftigungsdrang, zwischen Hemmung und Sperrung des Willens, zwischen Einförmigkeit und Stereotypie, Auffassungsstörung und Aufmerksamkeitsstörung kennen gelehrt u. s. f. Da doch schliesslich jeder eigenartige Krankheitsvorgang neben Allgemeinerscheinungen immer auch irgendwelche besonderen Merkmale darbieten muss, so wird grundsätzlich, wenn auch vielleicht erst nach vielen Irrungen, das Ziel erreichbar sein, aus den richtig aufgefassten Zeichen den zu Grunde liegenden Krankheitsvorgang zu erschliessen. Wo die einfache Betrachtung

dazu nicht ausreicht, kann vielleicht einmal die feinere Zerlegung der Beobachtungen durch den psychologischen Versuch zum Ziele führen. Wenn wir demnach auch heute vielfach noch nicht imstande sind, aus den äusseren Zeichen, wie sie uns erscheinen, die Gleichartigkeit oder Verschiedenheit des inneren Geschehens zu erkennen, so ist doch die Hoffnung berechtigt, dass wir jenes Hilfsmittel der Gruppierung allmählich mit gleicher Sicherheit handhaben lernen, wie es auf den übrigen Gebieten der Medizin geschieht.

Besässen wir auf einem der drei Gebiete, der pathologischen Anatomie, der Ätiologie oder der Symptomatologie des Irreseins eine durchaus erschöpfende Kenntnis aller Einzelheiten, so würde sich nicht nur von jedem derselben her eine einheitliche und durchgreifende Einteilung der Psychosen auffinden lassen, sondern jede dieser drei Gruppierungen würde auch — diese Forderung ist der Grundpfeiler unserer wissenschaftlichen Forschung überhaupt — mit den beiden anderen wesentlich zusammenfallen. Die aus wirklich gleichen Ursachen hervorgegangenen Krankheitsfälle würden stets auch dieselben Erscheinungen und denselben Leichenbefund darbieten müssen; die jetzt uns noch vielfach begegnenden anscheinenden Ausnahmen beruhen nur auf der Unvollkommenheit unserer Erkenntnis. Aus dieser Grundanschauung ergibt sich, dass die klinische Gruppierung der psychischen Störungen sich auf alle drei Hilfsmittel der Einteilung, denen man noch die aus dem Verlaufe, dem Ausgange, ja der Behandlung gewonnenen Erfahrungen hinzufügen muss, gleichzeitig zu stützen haben wird. Je mehr sich dabei die aus der verschiedenartigen Betrachtung gewonnenen Formen miteinander decken, desto grösser ist die Sicherheit, dass diese letzteren wirklich eigenartige Krankheitszustände darstellen.

Gerade dieses Verfahren ist auf der heutigen Entwicklungsstufe unserer Wissenschaft das einzige, welches auch die an uns herantretenden praktischen Forderungen einigermassen zu befriedigen vermag. Die erste Aufgabe des Arztes am Krankenbette ist es, sich ein Urteil über den voraussichtlichen weiteren Verlauf des Krankheitsfalles zu bilden. Diese Frage wird unter allen Umständen zunächst an ihn gerichtet. Der Wert jeder Diagnose für die praktische Tätigkeit des Irrenarztes bemisst

sich daher ganz wesentlich danach, wie weit sie sichere Ausblicke in die Zukunft eröffnet. Gleiche Krankheitsursachen werden im allgemeinen auch einen gleichen Verlauf des Leidens bedingen, und aus den klinischen Zeichen müssen wir imstande sein, die weiteren Schicksale unseres Kranken in grossen Zügen herauszulesen. Zur Erreichung dieses Zieles ist es nötig, alle Handhaben zu ergreifen, welche die Beobachtung uns irgend zu bieten vermag: das ist der Grundsatz, der uns überall leiten sollte, wo wir es mit der Abgrenzung und Begriffsbestimmung einzelner Krankheitsformen zu tun haben.

Wenn wir in diesem Sinne auch heute schon tatsächlich eine ganze Reihe von Psychosen kennen, die mindestens ebensogut gekennzeichnet sind wie die Mehrzahl der körperlichen „Krankheiten", so setzen doch grosse Gebiete des Irreseins den Einteilungsbestrebungen derartige Schwierigkeiten entgegen, dass man nicht selten eine befriedigende Gruppierung der Seelenstörungen als eine vielleicht überhaupt unlösbare Aufgabe betrachtet hat. Ich kann diese Anschauung nur insoweit teilen, als sie die obenerwähnten grundsätzlichen Hindernisse einer Einzwängung von Lebensvorgängen in scharf abgegrenzte Formen im Auge hat. Dagegen scheint mir der soeben angedeutete Weg durchaus gangbar. Jedem Irrenarzte ist es bekannt, dass uns bisweilen Fälle begegnen, welche in jeder Beziehung, nach Entstehungsart, allen Einzelheiten der Krankheitserscheinungen und weiterem Verlaufe eine geradezu verblüffende Übereinstimmung miteinander darbieten. Derartige Beobachtungen werden den natürlichen Ausgangspunkt unserer Einteilungsbestrebungen zu bilden haben. Durch strenge Ausscheidung aller nicht ganz dem ersten Bilde entsprechenden Fälle werden wir zunächst zur Aufstellung zahlreicher kleinerer, wenig voneinander abweichender Gruppen geführt, deren nähere und fernere Verwandtschaft sich beim Überblick über grosse Beobachtungsreihen unschwer wird erkennen lassen. Die gewissenhafte Zersplitterung der Formen in ihre kleinsten und anscheinend unbedeutendsten Abwandlungen, wie wir sie etwa heute in der Lehre von der Muskelatrophie wiederfinden, ist somit die unerlässliche Vorstufe für die Gewinnung wirklich einheitlicher, der Natur entsprechender Krankheitsbilder.

Bis zur Erreichung dieses Zieles bedarf es noch lange fort-

gesetzter, sorgfältiger Einzelbeobachtung, die sich namentlich auch auf die gesamten späteren Lebensschicksale unserer Kranken zu erstrecken hat. Niemand wird daher die lediglich vorläufige Bedeutung aller heute möglichen Aufstellungen verkennen wollen, aber man darf dennoch hoffen, dass die weitere Entwicklung der klinischen, alle Eigentümlichkeiten unseres Gegenstandes gleichmässig verwertenden Beobachtungsweise uns in nicht allzu ferner Zeit zu einer Gruppierung der Psychosen führen wird, welche sich den entsprechenden Leistungen im Bereiche der übrigen Medizin völlig gleichberechtigt an die Seite zu stellen vermag.

Die von mir im folgenden eingeführte Einteilung beginnt mit denjenigen Formen des Irreseins, die durch äussere Ursachen hervorgerufen werden. Dahin gehören die Geistesstörungen nach infektiösen Erkrankungen, die Erschöpfungspsychosen, insofern sie ebenfalls in der Regel durch schwere körperliche Schädigung erzeugt werden, endlich die Vergiftungen. An die Vergiftungen durch von aussen eindringende Stoffe schliessen sich die Selbstvergiftungen durch Stoffwechselerzeugnisse an, von denen wir allerdings auf unserem Gebiete etwas genauer heute nur die Folgezustände der Schilddrüsenerkrankungen kennen. Es liegen indessen, wie ich glaube, eine Reihe von Anhaltspunkten für die Annahme vor, dass auch noch andere Formen des Irreseins, insbesondere die Dementia praecox und die Paralyse, auf Selbstvergiftungen beruhen, deren Wesen und Entstehung dort freilich noch gänzlich unbekannt ist, während wir hier als letzte Ursache eine syphilitische Ansteckung zu verzeichnen haben.

Als weitere Untergruppe wurde das Irresein bei Hirnerkrankungen zusammengefasst. Hier spielen zum Teil äussere Ursachen eine Rolle, wie bei den syphilitischen Veränderungen und den Geistesstörungen nach Kopfverletzungen; auch bei den Embolien kann man in gewissem Sinne von äusserer Verursachung reden. Dagegen sind die tieferen Ursachen der familiären Verblödungen, der Geschwülste und der ausgebreitetsten Gruppe dieser Hirnerkrankungen, der arteriosklerotischen Formen, noch gänzlich in Dunkel gehüllt; sie scheinen in inneren Zuständen des Körpers zu beruhen. Die letztgenannten Störungen

stehen in nahen Beziehungen zu den Altersveränderungen; sie bilden daher den Übergang zu jenen Psychosen, als deren Grundlage wir die Rückbildungsvorgänge im Körper ansehen. Dahin gehören einmal die Geistesstörungen der Rückbildungsjahre im engeren Sinne, sodann die einzelnen Formen des eigentlichen Altersblödsinns. So verschieden alle diese klinischen Bilder sind, ist es doch wenigstens zurzeit nicht möglich, zwischen ihnen ganz scharfe Grenzlinien zu ziehen. Vielmehr spricht manches dafür, dass sich in der Rückbildungszeit schon die ersten Andeutungen jener Störungen kundgeben, die späterhin zu schwerem geistigem Siechtume führen können.

Die Gruppe der Rückbildungspsychosen leitet uns hinüber zu denjenigen Formen des Irreseins, bei deren Entstehung mehr und mehr die krankhafte Veranlagung in den Vordergrund tritt. Zweifellos spielt schon dort ausser den aufreibenden und schädigenden Einflüssen des Lebens auch die ursprüngliche Widerstandsfähigkeit eine wichtige Rolle. In noch höherem Grade aber scheint das bei jener allmählichen krankhaften Umwandlung der gesamten psychischen Persönlichkeit der Fall zu sein, die wir als Verrücktheit bezeichnen. Dasselbe gilt ohne jeden Zweifel vom manisch-depressiven Irresein. Der einzelne Anfall des Leidens kann dabei allerdings recht wohl durch äussere Schädigungen ausgelöst werden. Dagegen zeigt uns die häufige Entstehung ohne Anlass und namentlich die Übereinstimmung der klinischen Krankheitsbilder unter den verschiedensten Bedingungen, dass die eigentliche Ursache nicht in äusseren Anstössen, sondern in der besonderen krankhaften Veranlagung des Einzelnen gelegen ist.

Ganz Ähnliches gilt in noch ausgeprägterem Masse von derjenigen Krankheit, die vor allen anderen durch die selbständige Periodicität ihres Verlaufes ausgezeichnet ist, von der Epilepsie. Auch hier spielt in erster Linie die krankhafte Veranlagung eine grosse Rolle, doch kann das Leiden auch durch bestimmte Krankheitsvorgänge erworben werden, durch Kopfverletzungen, Infektionskrankheiten, Arteriosklerose u. s. f. Die dauernde Veränderung, aus der die einzelnen Anfälle hervorwachsen, kann hier die verschiedensten Grade aufweisen, von den leichtesten persönlichen Eigentümlichkeiten bis zur schwersten Verblödung. Die

Anfälle selbst sind vielfach auf eigenartige Umwälzungen im Körperhaushalte zurückgeführt worden. Alle diese Erfahrungen geben der Epilepsie eine Art Mittelstellung zwischen den Selbstvergiftungen, den Hirnerkrankungen und den angeborenen Geistesstörungen. Wir dürfen uns jedoch nicht verhehlen, dass die Krankheitsgruppe, die wir heute als Epilepsie bezeichnen, höchst wahrscheinlich keine klinische Einheit, sondern einen Sammelbegriff darstellt, den eine fortschreitende Erkenntnis vielleicht dereinst in eine Reihe von ganz verschiedenartigen Bestandteilen auflösen wird.

Weniger zweifelhaft ist die klinische Stellung derjenigen Formen des Irreseins, die lediglich durch gemütliche Einwirkungen ausgelöst werden. Bei ihnen haben wir wohl immer eine von Hause aus gesteigerte gemütliche Erregbarkeit, also eine eigenartige krankhafte Anlage vorauszusetzen. Tritt dieselbe dauernd derart hervor, dass schon geringfügige Anlässe genügen, um ausgeprägte Krankheitserscheinungen hervorzurufen, so haben wir das Bild der hysterischen Veranlagung vor uns. Etwas anders gestalten sich die klinischen Zeichen, wenn eine bestimmte heftige Gemütserschütterung oder ein einzelner Anlass auf dem vorbereiteten Boden schwer sich ausgleichende, einförmige Störungen hervorrufen.

Mit den letzten Gruppen haben wir bereits das grosse Gebiet des Entartungsirreseins betreten. Ihm gehören auch die folgenden Abschnitte an. Hier, wo wir den verschiedenartigsten Gestaltungen der krankhaften Veranlagung begegnen, ist es so gut wie unmöglich, Abgrenzungen bestimmter Formen vorzunehmen. Überall fliessen in der unübersehbaren Mannigfaltigkeit der Erscheinungen die künstlich geschaffenen Gruppen ineinander. Dennoch dürfen wir der besseren Übersicht halber vielleicht zwei grosse Formenkreise des Entartungsirreseins im engeren Sinne auseinanderhalten. Derjenige der „originären Krankheitszustände“ umfasst diejenigen krankhaften Veranlagungen, die durch mehr umschriebene und oft erst allmählich sich entwickelnde oder gar nur zeitweise hervortretende Störungen gekennzeichnet sind. Demgegenüber wollen wir als „psychopathische Persönlichkeiten“ die eigenartigen krankhaften Entwicklungsformen der psychischen Gesamtpersönlichkeit bezeichnen, die wir

Ursache haben, als Ausdruck der Entartung zu betrachten. Im einzelnen erweist sich diese Trennung freilich vielfach als unzulänglich.

Den Schluss unserer langen Reihe bilden diejenigen Zustände, welche wesentlich seelische Entwicklungshemmungen bedeuten. Das klinische Bild entspricht hier noch weniger, als in der vorigen Gruppe, einer eigentlichen Krankheit, sondern nur einer unvollkommenen Ausbildung der psychischen Persönlichkeit. Bisweilen liegen diesen Defektzuständen geradezu körperliche Entwicklungshemmungen zu Grunde. Weit häufiger aber sind es Krankheitsvorgänge im unentwickelten Gehirne, die durch teilweise Vernichtung desselben die psychische Ausbildung unmöglich machen. Streng genommen sollte man die Fälle letzterer Art den Hirnkrankheiten zurechnen. Allein wir sind auf der einen Seite heute noch nicht imstande, hier im Leben überall sicher zwischen Entwicklungshemmung und Hirnerkrankung zu unterscheiden; andererseits aber wird das klinische Bild in so hohem Grade durch das gemeinsame Merkmal der angeborenen psychischen Unfähigkeit beherrscht, dass sich einstweilen die Trennung jener beiden ursächlich auseinanderweichenden Gruppen nicht empfiehlt. Ja, wir werden sogar noch einen Schritt weiter gehen und diesen Defektszuständen auch diejenigen Schwachsinnsformen zurechnen, welche in den ersten Lebensjahren durch schwere Hirnerkrankungen erzeugt werden. Auch bei ihnen wird die Entwicklung einer psychischen Persönlichkeit in der ersten Anlage vernichtet.

Am Schlusse dieser Ausführungen darf ich nicht unterlassen, nachdrücklich darauf hinzuweisen, dass so manche der im folgenden abgegrenzten Krankheitsbilder nur Versuche sind, einen gewissen Teil des Beobachtungsmaterials wenigstens vorläufig in der Form des klinischen Lehrstoffes darzustellen. Über ihre wahre Bedeutung und über ihr gegenseitiges Verhältnis wird erst die dringend notwendige monographische Durcharbeitung des ganzen Gebietes allmählich Klarheit bringen. Es ist ferner unbestreitbar, dass es uns heute, trotz redlichsten Bemühens, noch in einer recht erheblichen Zahl von Fällen schlechterdings nicht gelingt, sie in den Rahmen einer der bekannten Formen des „Systems“ einzuordnen. Ja, nach manchen Richtungen hat

die Anzahl derartiger Beobachtungen sogar zugenommen, und an die Stelle zuversichtlichen Wissens ist vielfach Unsicherheit und Zweifel getreten. Für den Schüler hat diese Tatsache gewiss etwas Beunruhigendes — dem Forscher bedeutet sie nichts, als den Bruch mit der herkömmlichen Verschwommenheit unserer Diagnosen zu Gunsten einer schärferen Begriffsbestimmung und eines tieferdringenden Verständnisses der klinischen Erfahrungen.

Lehrbücher der Psychiatrie.

W. Griesinger, Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 4. Aufl. 1876. Eine 5. Auflage ist 1892 von Levinstein-Schlegel herausgegeben worden.

H. Schüle, Klinische Psychiatrie (v. Ziemssens Handbuch der Pathologie und Therapie, XVI). 3. Auflage. 1896.

R. v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. 7. Auflage. 1903.

J. Salgó (Weiss), Compendium der Psychiatrie. 2. Auflage. 1889.

R. Arndt, Lehrbuch der Psychiatrie. 1883.

H. Neumann, Leitfaden der Psychiatrie für Mediziner und Juristen. 1883.

Th. Meynert, Psychiatrie. Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns. Erste Hälfte. 1884.

J. L. A. Koch, Kurzgefasster Leidfaden der Psychiatrie. 2. Auflage. 1889.

Th. Meynert, Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. 1890.

Th. Kirchhoff, Lehrbuch der Psychiatrie. 1892.

Fr. Scholz, Lehrbuch der Irrenheilkunde. 1892.

O. Dornblüth, Compendium der Psychiatrie. 1894.

Th. Ziehen, Psychiatrie. 2. Auflage. 1902.

C. Wernicke, Grundriss der Psychiatrie, Teil I. 1894; II. 1896; III. 1900.

R. Sommer, Diagnostik der Geisteskrankheiten. 2. Auflage. 1901; dazu Atlas von Alber. 1902.

Th. Kirchhoff, Grundriss der Psychiatrie. 1899.

Th. Becker, Einführung in die Psychiatrie. 2. Auflage. 1899.

E. Kraepelin, Einführung in die Psychiatrische Klinik. 1901.

W. Weygandt, Atlas und Grundriss der Psychiatrie. 1902.

E. Mendel, Leitfaden der Psychiatrie. 1902.

M. Fuhrmann, Diagnostik und Prognostik der Geisteskrankheiten. 1903.

Aus der neueren französischen Literatur wären hier zu erwähnen die grösseren Werke von Dagonet (1876, Neue Bearbeitung 1894), Luys (1881),

Ball (2. Aufl., 1890), und vor allem das umfassende, unter Mitwirkung vieler anderer Forscher herausgegebene Werk von Ballet (1903), dann die kleineren von Bra (1883), Cullerre (1889), Régis (2. Auflage, 1892), Max Simon (1891), Sollier (1893), Kéraval (1901), de Fursac (1903). Dazu kommen die gesammelten Abhandlungen von A. Voisin (1883), Baillarger (1890), Cotard (1890), Falret (1890), Magnan (1893), Séglas (1895), der Abschnitt über Geisteskrankheiten von Ballet aus dem Handbuche der Medizin von Bouchard (1895). In England sind Lehrbücher erschienen von Clouston (4. Aufl., 1896), Savage (1894, deutsch von Knecht, 1897), Lewis (2. Aufl., 1899), Blandford (4. Auflage, 1894), Shaw (1892), Campbell Clarke (1897), Kellogg (1897), Macpherson (1899), Mercier (1902) sowie das grosse Sammelwerk von Hack Tuke (1892), in Amerika die Werke von Spitzka (1887) und Hammond (1883), in Italien die kurzen Lehrbücher von Agostini (1897), Finzi (1899), dasjenige von Bianchi (1901) und die Bearbeitung des Balletschen Werkes mit Blocqs Darstellung der progressiven Paralyse von Morselli, weiterhin in Dänemark die Vorlesungen von Pontoppidan (1892 und 1893), die Lehrbücher von Lange (1894) und Friedenreich (1901), endlich in Russland die Bücher von Kowalewski (1887), von Korssakow (1893) und von Popow (1898).

I. Das infektiöse Irresein.

Wir beginnen unsere Darstellung der klinischen Krankheitsformen mit denjenigen Geistesstörungen, die durch Infektionsgifte erzeugt werden. Gemeinsam ist ihnen die Verbindung mit den körperlichen Allgemeinerscheinungen, welche das Eindringen und Wuchern der verschiedenen Krankheitserzeuger begleiten. Ob die Rindenveränderungen, die sich hier entwickeln, überall auf dieselbe Weise, durch unmittelbare Giftwirkung bestimmter Toxine, zu stande kommen, erscheint noch zweifelhaft; für gewisse Formen liegt die Annahme nahe, dass wir es mit giftigen Zerfallstoffen zu tun haben, die erst mittelbar aus den Störungen des Körperhaushaltes hervorgehen. Höchst wahrscheinlich aber haben wir jedem Krankheitsgifte eigenartige Wirkungen zuzuschreiben, auch wenn wir heute die einzelnen Formen klinisch und anatomisch noch nicht klar auseinanderzuhalten vermögen. Ansätze zu einer derartigen Scheidung sind immerhin schon vorhanden; auch gibt es Infektionskrankheiten, wie z. B. den Tetanus, die trotz der schwersten nervösen Störungen das Seelenleben fast unberührt lassen. Die bei anderen Giften immer deutlicher hervortretende Verschiedenheit in Art und Richtung der Beeinflussung, zu der unsere elektiven Färbeverfahren ein Seitenstück liefern, dürfte sich demnach auch für die durch Infektionen erzeugten Gifte allmählich nachweisen lassen. Vor der Hand freilich werden wir uns hier darauf beschränken müssen, einzelne, klinisch schon etwas besser gekannte Krankheitsgruppen in groben Umrissen zu zeichnen. Es sei uns gestattet, dabei die gewöhnlichen Fieberdelirien, die eigenartigen Infektionsdelirien und die infektiösen Schwächezustände auseinander zu halten, wie wir sie als länger dauernde Nachkrankheiten schwerer Infektionen beobachten.

A. Die Fieberdelirien.

Den Fieberdelirien hat man wegen ihrer kurzen Dauer und ihrer nur „symptomatischen“ Bedeutung häufig die Zugehörigkeit zu den Geisteskrankheiten überhaupt streitig gemacht; eine fortschreitende Erfahrung hat uns indessen noch weit kürzer dauernde Psychosen kennen gelehrt und uns zu einer wesentlich symptomatischen Auffassung jeglichen Irreseins geführt. Das Krankheitsbild, welches die Fieberdelirien darbieten, ist kein gleichförmiges; vielmehr können wir mit Liebermeister*) mehrere Grade der Störung unterscheiden, welche augenscheinlich der Ausbildung des krankhaften Vorganges im Gehirn entsprechen und uns von den Erscheinungen der Reizung allmählich in diejenigen der Lähmung und völligen Vernichtung des Seelenlebens hinüberführen.

Der erste Grad des Fieberdeliriums kennzeichnet sich durch allgemeines Unbehagen, Eingenommenheit des Kopfes, Empfindlichkeit gegen stärkere Sinneseindrücke, Reizbarkeit, Unlust zu geistiger Arbeit, leichte Unruhe und Störung des Schlafes mit lebhaften, ängstlichen Träumen. Im zweiten Grade greift die Bewusstseinsstörung tiefer; die Wahrnehmung wird durch illusionäre und hallucinatorische, rasch sich mehrende Sinnestäuschungen verfälscht. Die Vorstellungen gewinnen eine grosse Lebendigkeit; der Verlauf derselben entzieht sich in buntem, traumartigem Zusammenhange dem bewussten Einflusse der Kranken. Sie glauben sich von fabelhaften Gestalten bedroht und ringen in verzweifeltem Kampfe mit vermeintlichen Gegnern; sie sehen aus den Mustern der Tapete sich grinsende Fratzen oder Engelsköpfe bilden, die sich loslösen und im Zimmer herumfliegen; sie fühlen, wie ihnen der Kopf abgenommen wird, wie jemand an ihrer Bettdecke zupft. Federleicht, schwebend werden sie über bunte, fabelhafte Gegenden, durch prächtig geschmückte Räume getragen; Glockenläuten ertönt und wirres Schreien, ein feindliches Verdammungsurteil oder liebliche Musik. In alle diese zusammenhangslosen Einbildungen hinein mischen sich dann ein-

---

*) Liebermeister, Deutsches Archiv für klin. Medizin, I, 543.

zelne wirkliche Wahrnehmungen, die auch wohl für Augenblicke den Kranken zur Besonnenheit zurückrufen; alsbald aber versinkt er wieder in die Flut der massenhaft hereindringenden Täuschungen. Zugleich wächst die Unruhe; lebhafte heitere oder traurige Stimmungen tauchen auf und entwickeln sich zu Gemütsbewegungen, bis dann auf der Höhe des dritten Grades das Krankheitsbild einer starken Bewusstseinstrübung mit völliger Unbesinnlichkeit, verworrener Ideenflucht, heftigen, oft wechselnden Gefühlsausbrüchen und mächtigem, selbst rasendem Bewegungsdrange zur Ausbildung gelangt ist. Allerdings gesellen sich nun schon häufig einzelne Lähmungszeichen diesen psychischen Reizungserscheinungen hinzu (vorübergehende Schlafsucht, Schwäche und Unsicherheit der Bewegungen) und deuten bereits den Übergang in den völligen Verfall des psychischen Lebens an. Im vierten Grade schwächt sich die Erregung zum Flockenlesen und unsicheren Herumtasten ab. Der Kranke murmelt einzelne zusammenhanglose Worte oder Sätze vor sich hin (blande, mussitierende Delirien) und versinkt schliesslich in einen Zustand dauernder Betäubung (Koma, Lethargie), aus dem er gar nicht oder doch nur durch sehr kräftige Reize vorübergehend erweckt werden kann (Koma vigil).

Die besondere Art der fieberhaften Erkrankung scheint die Gestaltung der Delirien im ganzen wenig zu beeinflussen. Nur die Schnelligkeit, mit welcher sich das Fieber entwickelt, die Stärke und Dauer desselben sowie der Zustand der lebenswichtigen Organe ist massgebend. Immerhin dürften bei Variola, Scharlach, Erysipel, bisweilen auch beim Gelenkrheumatismus, rasch ausbrechende verwirrte Aufregungszustände überwiegen, während in der Pneumonie und im Typhus mehr die deliriöse Benommenheit und leichte Betäubung beobachtet werden. Eine eigenartige Gruppe der Fieberdelirien bilden die bisweilen beim Gelenkrheumatismus, seltener auch bei Scharlach und einigen anderen Erkrankungen beobachteten Fälle mit plötzlicher Entwicklung hyperpyretischer Temperaturen (—44°). Hier pflegen nach leichten Vorboten, Unruhe, Sprechen im Schlafe, Geschwätzigkeit oder Stumpfheit, rasch ausserordentlich heftige deliriöse Erregungszustände einzutreten, die bis zum Tode andauern oder allmählich in schwere Benommenheit übergehen.

Als die krankhafte Grundlage der Fieberdelirien können einmal das Fieber selbst (Temperatursteigerung, Beschleunigung des Stoffwechsels, Auftreten besonderer Zerfallsstoffe), sodann Kreislaufsstörungen (Wallungen, später Stauungen, namentlich bei Beeinträchtigung der Herztätigkeit), Organerkrankungen und endlich die Wirkung infektiöser Krankheitsgifte angesehen werden. Möglicherweise sind sogar diese letzteren die eigentlich massgebenden Ursachen, so dass wir die Fieberdelirien vielleicht nur als eine besondere Form der Infektionsdelirien anzusehen haben. Nicht selten kommt jedoch auch dem Alkoholismus eine wesentliche ursächliche Bedeutung zu, vor allem bei der Pneumonie. Sein Einfluss pflegt sich in mehr oder weniger ausgeprägten Andeutungen jener Krankheitszeichen bemerkbar zu machen, die dem Trinkerdelirium eigentümlich sind, Trugwahrnehmungen zahlreicher bewegter Dinge von grosser sinnlicher Deutlichkeit, Beschäftigungsdelirium, Unruhe, Zittern, humoristisch-ängstliche Stimmung. Die persönliche Veranlagung spielt bei der eingreifenden Natur der Krankheitsursachen eine verhältnismässig geringe Rolle, doch ist es eine sehr bekannte Erfahrung, dass jüngere Lebensalter, Frauen und nervöse Menschen schon bei niedrigeren Fiebergraden leichter zu Delirien geneigt sind.

Die Prognose dieser Störung wird durch den Umstand getrübt, dass sie vorzugsweise schwerere Erkrankungsfälle zu begleiten pflegen; nach meiner Statistik starben 35,6% der Kranken, doch haben dabei nur sehr ausgeprägte Formen der Delirien Verwertung gefunden. Von den hyperpyretischen Fällen scheinen nur etwa $^1/_5$ mit dem Leben davonzukommen. Die anatomische Untersuchung zeigt meist Zerfallserscheinungen an den Rindenzellen, wie sie in ähnlicher Weise durch künstliche Überhitzung, aber auch durch alle möglichen andersartigen Schädlichkeiten hervorgerufen werden können. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (70,6%) übersteigt die Dauer des Irreseins eine Woche nicht; fast regelmässig schwindet die Störung mit dem Abfalle des Fiebers. Nicht allzu selten indessen bestehen wenigstens einzelne auf der Höhe der Erkrankung entstandene Einbildungen noch einige Zeitlang fort. Der im Delirium gesammelte Reichtum, die prächtigen Kutschen, über welche der Kranke verfügte, das über ihn gesprochene Todesurteil, die Untat, die er begangen

hat, beglücken und quälen ihn noch so lange, bis allmählich die getrübte Besonnenheit sich vollständig wieder klärt. In einzelnen Fällen gehen die Fieberdelirien unmittelbar in die später zu schildernden infektiösen Schwächezustände über, oder es entwickeln sich nach dem Abfalle des Fiebers jene Krankheitsbilder, die wir als Erschöpfungspsychosen zu betrachten pflegen. Endlich kann natürlich die fieberhafte Krankheit unter Umständen auch solche Formen des Irreseins auslösen, die eigentlich eine ganz andere Entstehungsweise haben. Namentlich die einzelnen Anfälle des manisch-depressiven Irreseins kommen hier in Betracht, ferner bisweilen die Paralyse und die Dementia praecox; so sah ich z. B. eine Katatonie sich an eine Lungenentzündung anschliessen. Natürlich ist in solchen Fällen das Fieber nicht die Ursache, sondern nur der äussere Anstoss zum Ausbruche der anderweitig vorbereiteten Geistesstörung.

Die Behandlung der Fieberdelirien ist im allgemeinen diejenige des Grundleidens. Ausserdem kann man sich des Eisbeutels auf den Kopf zur Bekämpfung der Hirnhyperämie bedienen. Einen sehr entschiedenen Einfluss auf die Milderung der Fieberdelirien üben ferner die Anwendung kurzer kühler Bäder sowie kalte Einwicklungen und Abreibungen aus, die man bei gleichzeitiger Herzschwäche zweckmässig mit der Darreichung von starkem Kaffee verbindet. Wenig oder gar nichts leisten die eigentlichen Fiebermittel, die ja zum Teil selbst Delirien zu erzeugen imstande sind. Ausser den durch die körperliche Erkrankung selbst erforderten Massnahmen ist auf sorgfältige Überwachung deliriöser Kranker Bedacht zu nehmen, da dieselben unter Umständen sich und Anderen gefährlich werden (Gewalttaten begehen, entfliehen, aus dem Fenster springen) können. Heftige Aufregungszustände pflegen in Krankenhäusern mit der Zwangsjacke behandelt zu werden; in der Irrenanstalt gelingt es regelmässig, ohne jenes bedenkliche Hilfsmittel mit der einfachen Bettbehandlung oder Dauerbädern durchzukommen. Die Anwendung von Schlafmitteln oder Narkoticis dürfte sich meist eher schädlich, als nützlich erweisen. Nach dem Fieberabfalle ist planmässige Wiederherstellung des gesunkenen Kräftezustandes die wesentliche Aufgabe der Behandlung.

B. Die Infektionsdelirien.

Wenn wir schon bei der Entstehung der Fieberdelirien an die Mitwirkung infektiöser Gifte denken müssen, so begegnen uns bei einer Reihe von Infektionskrankheiten weiterhin geistige Störungen, die mit Sicherheit auf eigenartige Vergiftungen zurückgeführt werden dürfen.

Am besten bekannt sind die Initialdelirien beim Typhus. Aschaffenburg*) unterscheidet zwei Formen. Bei der ersten handelt es sich um ruhige Delirien mit ausgeprägten Wahnbildungen und Sinnestäuschungen. Die Kranken glauben sich vergiftet, in mannigfacher Weise verfolgt, sind verdammt, verworfen, haben eine schadhafte Luftröhre; sie hören ihre fernen Angehörigen reden, sehen drohende Gestalten, Feuer und dergl. Bisweilen erzählen sie ausführlich eingebildete, abenteuerliche Erlebnisse. Dabei besteht lebhafte ängstliche oder traurige Verstimmung. Die zweite Form, die sich auch aus der ersten entwickeln kann, trägt die Züge der manischen Erregung, die im Beginne bisweilen eine ganz gelinde ist, wie ich auch bei einem Falle von Flecktyphus beobachtete. Doch steigert sich die Störung rasch zu völliger deliriöser Verwirrtheit mit Ideenflucht, Sinnestäuschungen, zusammenhangslosen Wahnvorstellungen, heftigster Angst und sinnlosem Bewegungsdrang.

Die körperlichen Zeichen des Typhus können zunächst vollständig fehlen, treten aber meist bald hervor. Kopfschmerzen, Milzschwellung, belegte Zunge, Verstopfung oder Durchfälle, Ileocoecalschmerz, Roseolen. Die Eigenwärme pflegt höchstens eine geringfügige Steigerung zu zeigen; der Puls ist oft sehr beschleunigt. Esslust und Schlaf fehlen fast vollständig. Der Gesamtzustand macht den Eindruck von Hinfälligkeit und schwerer körperlicher Erkrankung.

Ganz ähnliche Initialdelirien wie beim Typhus kommen auch als Einleitung der Blatternerkrankung zur Beobachtung. Sie scheinen besonders stürmisch zu verlaufen und gehen unter schwerer Benommenheit und Verwirrtheit mit der Neigung zu Gewalt-

*) Aschaffenburg, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LII, 75.

taten und Selbstmord einher, so dass sie epileptischen Dämmerzuständen sehr ähnlich zu sein scheinen. Bisweilen gesellen sich auch Krämpfe und Zuckungen hinzu. Der Ausbruch der Störungen pflegt auf den dritten bis fünften Tag der Erkrankung zu fallen. Die Erkennung wird in der Regel durch die Temperatursteigerung, den Prodromalausschlag und die sonstigen, auf die Möglichkeit einer Blatternerkrankung hinweisenden Umstände erleichtert werden. Mit dem Erscheinen der eigentlichen Pocken kann die psychische Störung nach einer Dauer von wenigen Tagen schwinden, dauert aber meist noch bis in die Eiterungszeit hinein und geht hier und da sogar in unheilbare Schwächezustände über.

Eine ganz eigentümliche Gruppe von Geistesstörungen, bei denen ebenfalls an eine Entstehungsweise durch Vergiftung gedacht werden muss, entwickelt sich bisweilen zwischen dem Eruptions- und dem Eiterungsfieber der Blattern. Es handelt sich um das plötzliche Auftreten sehr deutlicher Gehörs- und Gesichtstäuschungen bei Kranken, die nicht verwirrt, sondern völlig besonnen und nur durch die Trugwahrnehmungen beunruhigt sind. Die Kranken sehen Personen in das Zimmer treten, Tauben und Blumen in der Luft herumfliegen, hören Musik, Beschuldigungen, Drohungen, sollen Rechenschaft ablegen, haben gestohlen, werden von der Polizei gesucht. Diese Zustände erinnern so sehr an die erste Form der Initialdelirien und an gewisse Fälle von Alkohol- und Cocaïnwahnsinn, dass ich im Gegensatze zu einer früher von mir geäusserten Anschauung geneigt bin, sie auf eine Vergiftung zurückzuführen, welche durch die Variola erzeugt wird. Emminghaus hat die von ihm im Harn Pockenkranker gefundenen Fettsäuren mit jenen eigentümlichen, rasch günstig verlaufenden Zuständen in ursächliche Beziehung gebracht.

Der Verlauf der Initialdelirien bietet öfters Nachlässe dar, namentlich am Tage, aber der Kranke befindet sich auch dann in einem Zustande dumpfer Benommenheit, die ihn keine rechte Klarheit über seine Lage gewinnen lässt. Die Dauer der Störung beträgt in der Regel nur einige Tage, selten mehr als eine Woche. Mit dem stärkeren Ansteigen des Fiebers kann das Delirium gänzlich verschwinden, wie ich zweimal beobachtete, oder aber dasselbe geht unmittelbar in eigentliche Fieberdelirien über. In jedem Falle ist hier die Gefahr eines tötlichen Ausganges der

Erkrankung eine ganz ungewöhnlich grosse; nur 40—50% der Kranken bleiben am Leben und gelangen zur Genesung.

Die Erkennung des Initialdeliriums bietet bisweilen erhebliche Schwierigkeiten. Nicht allzu selten kommt es vor, dass dasselbe für einen epileptischen Dämmerzustand gehalten wird, mit dem es in der Tat sehr grosse Ähnlichkeit besitzen kann. Vor der Verwechslung schützen vor allem die Zeichen des schweren körperlichen Leidens, sodann auch die Beachtung der Ideenflucht, die bei der Epilepsie zum mindesten recht selten ist. Ausserdem wird hier der weitere Verlauf natürlich immer Aufklärung bringen. So habe ich es bisher viermal erlebt, dass mir Kranke mit beginnendem Typhus (einmal exanthematischem) als geistesgestört zugeführt wurden. Jedesmal gelang es, aus dem eigentümlichen Symptomenbilde mit grosser Wahrscheinlichkeit die Diagnose eines Initialdeliriums zu stellen. Im ersten Beginn können einzelne Kranke für manisch gehalten werden, doch stellt sich bald eine gewisse Betäubung ein, wie sie der Manie fehlt. Gegenüber den Erschöpfungspsychosen und der Paralyse wird die Vorgeschichte die wichtigsten Anhaltspunkte liefern müssen, das Fehlen erschöpfender Ursachen einerseits, der durchaus plötzliche Ausbruch andererseits. Ausserdem wird wiederum auf die Schwerbesinnlichkeit und Betäubung der Kranken bei zunächst geringfügiger Erregung, gegenüber der Paralyse auch auf das Lebensalter Gewicht gelegt werden müssen. Für die Unterscheidung von der Katatonie ist ebenfalls die schwere Benommenheit gegenüber der Besonnenheit katatonischer Kranker zu beachten, ferner das Fehlen von Negativismus und Befehlsautomatie.

Nissl hat in einem von mir beobachteten Falle die genauere Untersuchung der Hirnrinde vornehmen können. Es fanden sich starke Füllung aller Blutgefässe, Vermehrung der weissen Blutzellen und ausgebreitete Zerfallsvorgänge, die sämtliche Rindenzellen in gleicher Weise ergriffen hatten. Der Zellleib war geschwollen, die gefärbte Substanz zerfallen, so dass der feinere Bau vollständig unkenntlich geworden war. Die Fortsätze waren auf weite Strecken diffus gefärbt. Ausserdem liess sich Karyokinese an den Gliakernen nachweisen. Wenn sich dieser Befund auch heute noch nicht von denjenigen bei anderen Schädigungen

der Hirnrinde sicher abgrenzen lässt, so lehrt er doch, dass in der Tat schon den Initialdelirien tiefgreifende Veränderungen der Hirnrinde zu Grunde liegen.

Den Initialdelirien des Typhus und der Blattern ähneln in hohem Grade gewisse seltene Formen der Intermittensdelirien*). Auch hier begegnen wir ungemein heftigen ängstlichen Aufregungszuständen mit schwerer Benommenheit und der Neigung zu rücksichtslosen Gewalttaten. Die Anfälle treten plötzlich auf, dauern nur wenige Stunden und endigen in tiefem Schlafe, mit mehr oder weniger vollständigem Verluste der Erinnerung an das Vorgefallene. Bisweilen sind sie von Krampferscheinungen begleitet, so dass sie ganz epileptischen Dämmerzuständen gleichen können. Sie erscheinen in tertianem oder quotidianem, seltener quartanem Typus, oft nachdem vorher schon unbestimmtere Vorläufer der psychischen Erkrankung vorausgegangen sind. Das Delirium ist entweder eine Begleiterscheinung des gewöhnlichen Fieberanfalles, oder es tritt unter fieberlosem Verlaufe an seine Stelle, so dass wir es mit einer „larvierten" Form der Intermittens zu tun haben. Im letzteren Falle können den larvierten Anfällen kürzere oder längere Zeit gewöhnliche Fieberanfälle voraufgehen. Als Ursache der Störungen sind offenbar die massenhaften Einschwemmungen der Malariaplasmodien in die Hirngefässe mit ihren Folgen anzusehen. Die Chininbehandlung pflegt rasche Hilfe zu bringen.

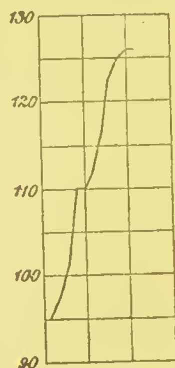
Eine gewisse Verwandtschaft mit den geschilderten Formen zeigen ferner die Delirien bei Chorea**). Es handelt sich hier um traumartige Verwirrtheit und Benommenheit mit eigentümlicher Zusammenhangslosigkeit des Denkens, einzelnen Sinnestäuschungen und Wahnbildungen, gemütlicher Reizbarkeit und den kennzeichnenden choreatischen Bewegungen. Die Kranken fassen in der Regel einzelne Eindrücke leidlich gut auf, sind aber sehr unaufmerksam, leicht abgelenkt, ganz unfähig, sich zusammenhängend zu äussern, ohne Verständnis für ihre Lage und Umgebung, bringen einförmige, abgerissene Sätze vor, in die sie

---

*) v. Krafft-Ebing, Psychiatrische Arbeiten, I, 161.

**) Möbius, Neurol. Beiträge, II, 123. 1894; Zinn, Archiv f. Psych., XXVIII, 411. 1896; v. Krafft-Ebing, Wiener Klin. Rundschau, 1900, 30.

bisweilen zufällige Wahrnehmungen einflechten. Sie hören ihre Angehörigen rufen, sehen auch wohl Gestalten, fürchten, umgebracht, vergiftet zu werden, aber alles unklar und ohne weitere Verarbeitung. Die Stimmung ist bald ängstlich, bald mehr läppisch-heiter, wechselt vielfach und führt bisweilen zu heftigen Zornausbrüchen. Beherrscht wird das ganze Krankheitsbild durch die mit kurzen Unterbrechungen Tag und Nacht andauernde, sehr starke choreatische Unruhe, die sogar das Leben schwer gefährden kann. Die Kranken zucken, zappeln, schleudern und verdrehen die Arme, bohren den Kopf in die Kissen, schlagen sich rücksichtslos an, schneiden Fratzen, schnellen die Zunge vor, schnappen, schnalzen, wälzen sich herum. Der Schlaf fehlt fast ganz; die Nahrungsaufnahme ist sehr erschwert. Glücklicherweise pflegt sich diese Erregung nur einige Tage oder Wochen auf ihrer Höhe zu halten, um dann allmählich wieder abzunehmen. Die Besonnenheit und Klarheit kehrt dann wieder; die Sinnestäuschungen und Wahnbildungen schwinden, und das sehr stark gesunkene Körpergewicht hebt sich rasch, wie die nebenstehende Kurve*) von einem hierher gehörigen Fall zeigt. Indessen bleiben die Kranken noch längere Zeit empfindlich, leicht ermüdbar, zu auffälligen Stimmungsschwankungen geneigt.



Figur I
Collapsdelirium nach Gelenkrheumatismus

Die Grundlage dieser Störung bildet unzweifelhaft eine Infektion, die wohl mit derjenigen des akuten Gelenkrheumatismus wesensgleich ist. Wassermann und Westphal konnten aus dem Hirne einer Choreatischen einen Streptococcus züchten, dessen Reinkultur bei Kaninchen wieder Gelenkrheumatismus erzeugte. In der Tat lässt sich bei den choreatischen Delirien fast immer ein Zusammenhang mit endokarditischen oder rheumatischen Erkrankungen nachweisen. Natürlich darf man diese Form der Chorea nicht mit der ganz chronisch verlaufenden Huntingtonschen und auch nicht mit der durch psychische Einflüsse ausgelösten hysterischen Chorea verwechseln. Im er-

---

*) Bei dieser wie bei allen folgenden Kurven bedeuten die Abschnitte der Abscissenachse je 5 Wochen, diejenigen der Ordinatenachse je 5 Pfund.

steren Falle tragen die psychischen Begleiterscheinungen das Gepräge einer fortschreitenden Verblödung, im letzteren dasjenige rasch und weit weniger bedrohlich verlaufender, zudem psychisch beeinflussbarer hysterischer Dämmerzustände.

Noch eine ganze Reihe von Krankheitsgiften vermag deliriöse Zustände hervorzurufen. Bei der Influenza sah ich wiederholt Unbesinnlichkeit, tiefe Verworrenheit, ängstliche Erregung und massenhafte deliriöse Sinnestäuschungen bei niederer Temperatur. In einem Falle war dieser Zustand von Sprach- und Schlucklähmung und von polyneuritischen Erscheinungen begleitet. Die Dauer beträgt einige Wochen. Da Influenzabazillen ins Gehirn einwandern, können sie unmittelbar die Ursache derartiger Störungen bilden, wenn es sich nicht vielmehr um von ihnen erzeugte giftige Zerfallsstoffe handelt. Auch Pneumokokken sind schon im Gehirn gefunden worden. Der Krankheitserreger der Lyssa*) bewirkt hallucinatorische Delirien mit ausgebreiteten Reflexkrämpfen, die durch freiere Zwischenzeiten unterbrochen werden, bis der tödliche Collaps dem Leben ein Ende macht. Bei den septischen Erkrankungen pflegen sich unter starker Bewusstseinstrübung mussitierende Delirien zu entwickeln. Die Kranken sind unbesinnlich, fassen schwer auf, verkennen Personen und Vorgänge der Umgebung, hallucinieren, murmeln leise, zusammenhangslos vor sich hin, greifen in die Luft; bisweilen schieben sich Zustände lebhafter verwirrter Erregung dazwischen.

Es gibt endlich eine Gruppe schwerer deliriöser Erregungszustände, die nach ihrem ganzen Bilde und Verlaufe höchst wahrscheinlich auf Infektionen zurückgeführt werden müssen, ohne dass es immer möglich wäre, die Ursache derselben nachzuweisen. Hie und da hat man im Blute oder in der Cerebrospinalflüssigkeit Staphylokokken oder das Bakterium coli nachweisen können. In erster Linie kämen wohl Infektionen von kleinen Furunkeln, von der Mundhöhle oder vom Darm aus in Betracht. Das Krankheitsbild entwickelt sich bisweilen im Anschlusse an irgend eine leichte körperliche Erkrankung, Angina, Darmkatarrh, hartnäckige Verstopfung und dergl., oft im Verlaufe einer anders-

---

*) Högyes, Lyssa, Nothnagels Handbuch der Pathologie und Therapie, V, 5, 88. 1897.

artigen Geistesstörung, die nun plötzlich eine überaus bedrohliche Wendung nimmt. Die Kranken werden schlaflos, verwirrt, unklar, sind nicht mehr zu fixieren, sehen Teufel, Engel, Schlangen, drohende Gestalten, hören Stimmen, äussern zusammenhangslose Verfolgungs- oder Grössenideen. Sie sind ängstlich oder heiter, reizbar, gewalttätig, beten, schwatzen, bringen schliesslich nur noch einzelne sinnlose Worte oder Silben hervor. Zugleich entwickelt sich eine ungemein heftige, triebartige, oft ganz einförmige Erregung, unablässiges Trommeln, Wälzen, Zappeln, Schreien, Wischen, Zupfen, Blasen, Klatschen und dergl. Die Kranken spucken die dargereichte Nahrung aus, lassen unter sich gehen und verfallen sehr schnell. Meist stellt sich bald Temperatursteigerung ein; es treten Blutunterlaufungen auf, Fettembolien, Furunkel, septische Lungenentzündungen, schwere Katarrhe des Mundes und der Nase mit stinkendem Belage und Krustenbildung, unter Umständen Parotitis, Harnverhaltung, Kotstauung. In einer erheblichen Zahl von Fällen gehen die Kranken binnen 1—2 Wochen zu Grunde.

Man pflegt dieses Krankheitsbild mit gewissen anderen schweren Erregungszuständen unter dem Namen des „Delirium acutum“ zusammenzufassen. Eine genauere Abgrenzung der einzelnen Formen desselben auf Grund der Krankheitszeichen selbst ist zur Zeit kaum möglich, da eben das Zustandsbild wahrscheinlich wesentlich den allgemeinen Ausdruck frischer infektiöser Schädigungen der Hirnrinde bildet. In der Regel wird uns also nur die Vorgeschichte darüber aufklären können, ob schon die Zeichen einer andersartigen Geistesstörung voraufgegangen waren. Immerhin werden wir das geschilderte Zustandsbild von den schweren Erregungen der Paralyse durch das Fehlen der kennzeichnenden Lähmungserscheinungen (Sprachstörung, Pupillenstarre, Plumpheit und Unsicherheit der Bewegungen) unterscheiden können, während sich die ähnlichen katatonischen Aufregungszustände durch die Erhaltung der Besonnenheit, das ablehnende, negativistische Verhalten, die ausgesprochene Stereotypie, die triebartige Heftigkeit einzelner unsinniger Handlungen, endlich durch das Missverhältnis zwischen leidlicher Auffassungsfähigkeit und Sinnlosigkeit der sprachlichen Äusserungen abgrenzen lassen. Im Collapsdelirium ist die Benommenheit im allgemeinen ge-

ringer, der Bewegungsdrang weniger stürmisch, während die Sinnestäuschungen und Wahnbildungen deutlicher hervortreten; in den Reden lassen sich die Zeichen der Ablenkbarkeit und Ideenflucht erkennen. Es muss indessen als zweifelhaft bezeichnet werden, ob es sich hier um wesentliche oder nur um gradweise Unterschiede handelt, da auch das Collapsdelirium möglicherweise durch Krankheitsgifte verursacht wird.

Die anatomische Grundlage der Infektionsdelirien, die unter dem Krankheitsbilde des Delirium acutum verlaufen, sind im wesentlichen entzündliche Vorgänge in der Hirnrinde*). Abgesehen von dem Nachweise bald dieser, bald jener Krankheitserreger, zeigen sich regelmässig die Erscheinungen acuten Zerfalles an den Nervenzellen, oft auch an den Fasern. Dazu kommen Gliawucherungen, Gefässveränderungen und Auswanderung von Leukocyten, unter Umständen auch Blutaustritte.

Die Behandlung der hier geschilderten Delirien fällt mit derjenigen der zu Grunde liegenden Erkrankungen zusammen. Vielleicht kann man im Hinblicke auf die Vergiftung an eine reichliche Durchspülung des Körpers denken, unter Umständen mit Hilfe von Kochsalzinfusionen. In einem so behandelten Falle vermochten wir zwar nicht den tötlichen Ausgang zu verhindern, erzielten aber jedesmal eine deutliche, vorübergehende Besserung. Im übrigen wird man namentlich das warme Dauerbad in Anwendung ziehen, für reichliche Ernährung sorgen, nach Umständen durch die Sonde und in Verbindung mit Magenausspülungen, den Darm entleeren, die Mundhöhle sauber halten. Bei dieser Behandlung sah ich einen jungen Menschen in einigen Wochen genesen, der wegen eines Infektionsdeliriums nach Gelenkrheumatismus, Endokarditis und Chorea, mit Eiweiss im Harn, mächtigem Druckbrand, einer Temperatur von 38,8° und im Zustande schwerster therapeutischer Morphiumvergiftung fast sterbend in die Klinik aufgenommen worden war. Von Beruhigungsmitteln leistet bisweilen der Alkohol oder das Paraldehyd gute Dienste; zu stärker wirkenden Arzneien wird man nur im äussersten Notfalle greifen. Dagegen ist es vielfach nötig, das erlahmende Herz durch Einspritzungen von Coffeïn, Kampher, Äther anzuspornen.

---

*) Binswanger und Berger, Archiv für Psychiatrie, XXXIV, 107, 1901.

C. Die infektiösen Schwächezustände.

Da die Veränderungen des Rindengewebes, die durch infektiöse Gifte erzeugt werden, sich unter Umständen nur allmählich oder gar nicht vollständig wieder ausgleichen, werden wir es erklärlich finden, dass geistige Störungen hier bisweilen auch dann noch fortdauern können, wenn die Grundkrankheit bereits abgelaufen ist. Der Beginn derartiger Psychosen fällt meist schon in die fieberhafte Zeit der Krankheit, doch werden wir auch wohl manche noch später einsetzende Störungen als infektiöse betrachten dürfen, mit demselben Rechte, mit dem wir die neuritischen Nachkrankheiten des Typhus, der Pocken, der Diphtherie u. s. f. auf das Krankheitsgift zurückführen. Bestärkt werden wir in dieser Auffassung durch den Umstand, dass anscheinend jede Infektionskrankheit gewisse klinische Bilder besonders häufig hervorruft. Allerdings dürfte es heute kaum möglich sein, hier aus den psychischen Krankheitserscheinungen allein mit einiger Sicherheit auf die bestimmte Ursache zurückzuschliessen. Wir werden uns daher mit einer kurzen Schilderung der häufigsten Zustandsbilder begnügen müssen. Gemeinsam ist allen ein mehr oder weniger hoher Grad geistiger und gemütlicher Schwäche, zu der sich meist traurige oder ängstliche Verstimmungen, vielfach auch ausgeprägte Wahnbildungen hinzugesellen. Freilich gehören durchaus nicht alle länger dauernden Geistesstörungen nach Infektionskrankheiten dieser Gruppe an. Ausser den später zu besprechenden Erschöpfungszuständen können durch die schwere körperliche Schädigung auch die verschiedenartigsten anderen Formen des Irreseins ausgelöst werden, deren besondere Gestaltung dann aber natürlich gar keine engere Beziehung zu der Grundkrankheit mehr erkennen lässt.

Die leichtesten Formen der infektiösen Schwächezustände schliessen sich unmittelbar der gewöhnlichen geistigen und körperlichen Hinfälligkeit der Rekonvaleszenten nach schweren Infektionskrankheiten an. Die Kranken fühlen sich nach dem Schwinden des Fiebers nicht befreit und erleichtert, erholen sich nicht rasch, sondern sind matt, denkunfähig, ermüden ausserordentlich leicht, bringen ihre Gedanken nicht mehr zusammen,

sind unfähig, zu lesen, einen Brief zu schreiben. Ihre geistige Regsamkeit ist gelähmt; sie sind teilnahmlos, gleichgültig, liegen untätig im Bette, vermögen sich nicht aufzuraffen, Entschlüsse zu fassen, lassen alles gehen, wie es geht. Die Besonnenheit und Orientierung ist dabei ungestört, ebenso die Wahrnehmung, doch stellen sich bisweilen beim Augenschluss lebhafte Gesichtsbilder ein, unverständliche, flüsternde Geräusche in den Ohren, eigentümliche Empfindungen im Körper, die als schwere Krankheitserscheinungen gedeutet werden. Die Stimmung ist trübe, hoffnungslos, finster, oft mürrisch, reizbar, launenhaft; nicht selten sind plötzliche Angstanfälle, besonders des Nachts. Düstere Ahnungen steigen auf, Todesgedanken, Misstrauen gegen Arzt und Umgebung, Vergiftungsfurcht, hypochondrische Vorstellungen, wohl auch Versündigungsideen. Infolgedessen kann es zu heftigen Ausbrüchen gegen die Umgebung, Selbstmordversuchen, Nahrungsverweigerung kommen. Eine meiner Kranken machte ihr Testament und berief telegraphisch ihre Verwandten an ihr vermeintliches Totenbett. Meist sind die Kranken sehr zurückhaltend und wortkarg, selbst stuporös, äussern wenig von ihren Wahnvorstellungen; erst später in der Genesungszeit erfährt man dann Einzelheiten. Schlaf und Esslust sind regelmässig sehr gestört; das Körpergewicht ist stark gesunken.

Diese leichtesten Formen der infektiösen Schwächezustände beobachten wir namentlich nach Influenza und Gelenkrheumatismus, ferner bisweilen bei Kindern nach Keuchhusten; auch bei Tuberkulösen und Choreatischen sieht man ähnliche Bilder. Ihre Dauer beträgt in der Regel einige Wochen oder Monate; dann pflegt Genesung einzutreten, wenn nicht das Grundleiden fortdauert. Die Zustände erinnern vielfach an das Bild der nervösen Erschöpfung, doch sind die Erscheinungen erheblich schwerer und hartnäckiger, als dort, weichen nicht so rasch der Ruhe und Erholung; zudem fehlt das klare Krankheitsbewusstsein.

Eine zweite Gruppe von Beobachtungen ist durch das Auftreten von ausgeprägten Sinnestäuschungen, abenteuerlichen Wahnbildungen und lebhaften ängstlichen Erregungszuständen gekennzeichnet. Den Beginn bilden in der Regel schwere Benommenheit und Delirien während des Fiebers. Die Kranken sind unklar über ihre Lage, verkennen Ort und Personen, den-

ken und reden zusammenhangslos. Zugleich bestehen zahlreiche Sinnestäuschungen. Hinter dem Bette schreien die Toten; auf der andern Seite steht ein Sarg; Wände und Ofen bewegen sich; Frauenzimmer setzen sich auf das Bett; der Teufel und die Mutter Gottes erscheinen. Der Kranke weiss nicht, ob er im Himmel oder in der Hölle ist; man trachtet ihm nach dem Leben; sein Leib verfault; die Genitalien stinken; der Kopf ist nicht am Leibe. Alles drückt auf ihn; er ist im Bette angenagelt, schon gestorben.

Dieser Zustand von Verworrenheit dauert fort, auch wenn die Eigenwärme gesunken ist und die übrigen Krankheitserscheinungen schwinden. Der Kranke wird wohl allmählich etwas klarer und geordneter, findet sich in seiner Umgebung besser zurecht, aber Sinnestäuschungen und Wahnideen verlieren sich zunächst nicht. Er hört drohende, beschimpfende Stimmen; durch das Fenster sehen Fratzen hinein, die auf ihn spucken; er wird aus dem Bette gezogen, muss darin ersticken; es hängt so viel an seinem Kopfe; man bohrt und dreht an seinem Körper herum, zupft an seinen Kleidern. Das Essen ist Pferdefleisch; er wird verfolgt und unterdrückt, wider alles Recht zurückgehalten. Ein Arzt hatte die heimliche Furcht, dass seine Kollegen ihn zu wissenschaftlichen Zwecken lebendig zerschneiden würden.

Die Stimmung der Kranken ist niedergeschlagen, ängstlich, verdriesslich, missmutig; zeitweise kommt es zu heftigen Gefühlsausbrüchen mit Selbstmordversuchen, Gewalttaten, Angriffen gegen die Umgebung. Die Kranken sind unzufrieden, nörgelnd, störrisch, widerstreben, verweigern die Nahrung. Meist sind sie hochgradig abgemagert, schlafen wenig und unruhig, lassen oft lange Zeit alles unter sich gehen.

Im weiteren Verlaufe verlieren sich unter Auftreten reger Esslust und grossen Schlafbedürfnisses nach und nach Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen. Das Körpergewicht hebt sich; die Stimmung wird freier; der Kranke gewinnt Verständnis für seine Störung, beginnt, sich zu beschäftigen, und knüpft in seinem Denken und Fühlen allmählich wieder an die früheren gesunden Zeiten an. Gleichwohl pflegt noch ziemlich lange grosse Ermüdbarkeit, Herabsetzung der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit und Gedächtnisschwäche zurückzubleiben. Bis-

weilen scheint überhaupt keine völlige Wiederherstellung einzutreten, sondern ein Schwächezustand mit unvollkommener Berichtigung der Wahnvorstellungen den Ausgang zu bilden; in einzelnen Fällen erfolgt der Tod durch Erschöpfung oder komplizierende Erkrankungen.

Die Dauer der geistigen Störung beträgt auch im günstigen Falle eine Reihe von Monaten, nicht selten über ein Jahr. Sie entwickelt sich am häufigsten nach Typhus, ferner nach den Pocken, in leichterer Form nach Gelenkrheumatismus und Cholera, hie und da auch im Verlaufe der Phthise. Die Erkennung dieser Form wird an der Hand der Vorgeschichte keine Schwierigkeiten bieten; höchstens könnte bei älteren Kranken die Verwechslung mit einer Melancholie in Frage kommen, die durch die akute Krankheit nur ausgelöst wurde. Das starke Hervortreten der Sinnestäuschungen, das Überwiegen der Verfolgungsideen über den Versündigungswahn, die eigentümlich reizbare Stimmung im Gegensatze zu der Angst der Melancholischen könnte hier die Unterscheidung ermöglichen. Gegenüber der Dementia praecox ist auf den stärkeren Affekt und namentlich auf die anfängliche schwere Störung der Auffassung, Besonnenheit und Orientierung hinzuweisen, ferner auf das Fehlen von Negativismus und Stereotypie, gegenüber den circulären Depressionszuständen auf das Fehlen der psychomotorischen Hemmung und den körperlichen Zustand.

Auch die dritte, schwerste Form der infektiösen Schwächezustände pflegt mit heftigen Delirien zu beginnen, geht aber bald in stuporöse Zustände über. Die Kranken werden trotz Besserung der körperlichen Erscheinungen blöde, unfähig, äussere Eindrücke aufzufassen und zu verarbeiten, gedächtnisschwach, urteilslos. Ihre Stimmung ist gleichgültig, bisweilen weinerlich; sie sind still, stumpf oder kindisch unruhig, liegen unter Umständen regungslos im Bette, ausser stande, Nahrung zu sich zu nehmen oder sich rein zu halten, müssen gefüttert und gepflegt werden wie kleine Kinder. Die Ernährung ist meist auf das äusserste gesunken; hie und da machen sich die Anzeichen einer schweren Hirnerkrankung bemerkbar, halbseitige Lähmungen, Sprachstörungen, epileptiforme Krämpfe.

Die Prognose dieser Erkrankungen, die hauptsächlich nach

Typhus, bisweilen im Maleriasiechtum, in leichterer Form auch nach Cholera beobachtet werden, ist eine sehr zweifelhafte. Nur in etwa der Hälfte der Fälle erfolgt, nach meist sehr langer, über viele Monate sich erstreckender Dauer, ziemlich rasch völlige Genesung. In den übrigen Fällen kommt es wohl meist zu einer allmählichen Besserung, aber die Kranken bleiben geistig und gemütlich unfähig, gedankenarm, vergesslich, urteilslos, gleichgültig und willensschwach. In zwei derartigen Fällen sah ich dauernd epileptische Anfälle zurückbleiben. Die Erkennung dieser Zustände stützt sich gegenüber dem katatonischen Stupor, abgesehen von der Entstehungsgeschichte und den etwa vorhandenen Hirnerscheinungen, auf das Fehlen des Negativismus, gegenüber dem circulären auf das Fehlen der Hemmung, sodann auf die Unbesinnlichkeit und Gedächtnisschwäche. Die Behandlung aller dieser Formen besteht wesentlich in einer sehr sorgfältigen körperlichen Pflege, deren Hauptpunkte Bettruhe, reichlichste Ernährung, Reinlichkeit und gute Überwachung bilden.

Der zuletzt geschilderten Gruppe nahe verwandt dürften diejenigen Formen der von Korssakow abgegrenzten „Cerebropathia psychica toxämica“ sein, die nach schweren Infektionen beobachtet werden, namentlich nach Typhus, Influenza und septischen Erkrankungen*). Sie sind gekennzeichnet durch die Verbindung ausgeprägter Merkstörungen mit Desorientiertheit und den körperlichen Zeichen der Polyneuritis. Dazu gesellt sich delirante Erregung oder stuporöse Benommenheit. Offenbar handelt es sich um ausgebreitete Giftwirkungen, die das gesamte Nervensystem in Mitleidenschaft ziehen. Von den später eingehender zu betrachtenden alkoholischen Formen der Korssakowschen Psychose vermögen wir die Fälle infektiösen Ursprungs vorläufig nur auf Grund der Vorgeschichte und des weiteren Verlaufes abzutrennen, doch gelingt es vielleicht, durch genauere Zergliederung des Zustandsbildes auch klinisch verwertbare Unterschiede zwischen den zweifellos verschiedenartigen Krankheitsvorgängen aufzufinden. Die Dauer der Erkrankung erstreckt sich, wenn nicht bald ein tötlicher Ausgang erfolgt,

---

*) Friedländer, Monatschrift für Psychiatrie, VI, 449; Raimann, ebenda, XII, 329.

über eine Reihe von Monaten; der Ausgang scheint im allgemeinen günstiger zu sein, als derjenige der alkoholischen Formen. Die Behandlung folgt denselben Grundsätzen wie bei den übrigen infektiösen Schwächezuständen, doch empfiehlt es sich im Hinblicke auf den oft sehr hochgradigen Muskelschwund, nach Ablauf der akuten Erscheinungen durch Massage, Übungen und Faradisation die Neubildung des Muskelgewebes nach Möglichkeit zu fördern.

Ein äusserlich anderes Gepräge, als die bisher betrachteten Störungen, trägt eine grössere Gruppe von Fällen, wie sie ebenfalls vorzugsweise nach Typhus, bisweilen vielleicht auch nach Cholera beobachtet werden. Es handelt sich hier um die rasche Entwicklung lebhafter verwirrter Erregungszustände mit ausgeprägter Ideenflucht und abenteuerlichen Grössenideen. Nach unbedeutenden Vorboten beginnen die Kranken, öfters schon während der Fieberzeit, sehr unruhig zu werden. Sie verlieren die Orientierung, fassen mangelhaft auf, sind ungemein ablenkbar, hören Stimmen, sehen Engel an der Decke, Blumen im Zimmer, Theatergestalten, mit denen sie sich unterhalten. Zugleich tritt ein blühender Grössenwahn hervor, der ungemein dem paralytischen ähnelt. Der Kranke ist Gott, sein Getränk Nektar; er besitzt zahllose Schlösser, empfängt Besuche von Königen und Kaisern, verkehrt geschlechtlich mit Prinzessinnen. Dementsprechend werden Personen und Vorkommnisse gedeutet. Die Mitkranken sind hohe Persönlichkeiten, einige Papierfetzen wertvolle Banknoten, Acnepusteln die Spuren feindlicher Kugeln; aus Kot und Sputum werden unschätzbare Kunstwerke, Brillanten geformt. Der Kranke fabuliert in der unsinnigsten Weise, lässt sich dabei ungemein leicht lenken. Die Stimmung ist bald mehr unwillig und reizbar, bald heiter und überschwänglich, aber wechselnd, leicht in Weinen umschlagend. Jede Spur von Krankheitsgefühl fehlt; ein äusserst hinfälliger Kranker mit Kontrakturen an beiden Beinen behauptete, das Goethedenkmal in Frankfurt mit einer Hand heben zu können. Dabei besteht lebhafter Rededrang, Ideenflucht, Neigung, sinnlos zu reimen, verworrene Schriftstücke und Zeichnungen zu liefern. Die Kranken sind unruhig, bleiben nicht im Bette, singen, schmieren, schlafen wenig und nehmen unregelmässig Nahrung zu sich. Der Ernährungszustand ist ein sehr schlechter.

Das hier gezeichnete Krankheitsbild, das ich selbst bisher in zwei Fällen beobachten konnte, ist vielleicht nur eine weitere Entwicklung der zweiten oben geschilderten Form des Initialdeliriums. Ob es gegenüber den Depressionszuständen als besondere Erkrankung zu betrachten ist, erscheint zweifelhaft, wenn wir bedenken, dass uns bei der Paralyse ähnlich verschiedene Bilder als Erscheinungsformen des gleichen Krankheitsvorganges begegnen. Die äusserliche Ähnlichkeit gerade dieses Bildes mit demjenigen der expansiven Paralyse ist eine sehr auffallende. Die klinische Unterscheidung wird indessen durch die Vorgeschichte, das Fehlen der Pupillenstarre und Sprachstörung, unter Umständen auch durch das Alter ermöglicht; meine beiden Kranken waren ganz junge Leute. Gegenüber manischen Erregungszuständen ist auf die schwere Beeinträchtigung der Orientierung, die üppige Erzeugung unsinniger Wahnbildungen und die besonders in ruhigeren Zeiten hervortretenden deutlichen Zeichen der geistigen Schwäche (Merkstörung, Gedankenarmut, Ermüdbarkeit) hinzuweisen.

Der Verlauf der Erkrankung ist in einem Teil der Beobachtungen ein rascher und günstiger. Meist indessen schwinden Erregung und Wahnideen erst allmählich im Verlaufe von Monaten. Die Kranken bleiben dann noch längere Zeit erregbar, leicht ermüdbar, geraten bei geistiger Anstrengung ausserordentlich leicht wieder in ihre Ideenflucht und in das wahnhafte Fabulieren hinein, zeigen eine eigentümlich läppische, prahlerische Heiterkeit, bis sich unter bedeutendem Ansteigen des Körpergewichtes die endgültige Genesung vollzieht. In einer nicht ganz geringen Zahl von Fällen scheint sich aber der Schwächezustand überhaupt nicht völlig auszugleichen, sondern es kommt unter Fortbestehen abenteuerlicher Wahnvorstellungen zur Entwicklung einer dauernden Verblödung. Die Behandlung hat auch hier nichts zu tun, als das kranke Hirn durch Fernhaltung aller Schädigungen (Bettruhe, Dauerbäder) zu schonen und für die körperliche Erholung möglichst günstige Bedingungen herzustellen (reichlichste Ernährung).

II. Das Erschöpfungsirresein.

Als Erschöpfungsirresein wollen wir diejenigen Formen geistiger Störung bezeichnen, als deren Ursache wir einen übermässigen Verbrauch oder einen ungenügenden Ersatz von Nervenmaterial in der Hirnrinde ansehen. Berechtigt ist die Annahme einer akuten Erschöpfung vielleicht bei denjenigen Psychosen, die sich unmittelbar an schwere körperliche Umwälzungen, namentlich an akute Krankheiten, grosse Blutverluste, das Wochenbett anschliessen. Allerdings lässt sich dabei überall die Möglichkeit von Giftwirkungen durch Infektionsträger oder Zerfallstoffe nicht ausschliessen. Vielleicht werden sich daher einst die jetzt der Erschöpfung zugeschriebenen Formen des Irreseins anderen ursächlichen Gruppen anzugliedern haben. Sicher glaube ich das schon für die akute Demenz sagen zu können, die nach meinen Erfahrungen den infektiösen Schwächezuständen angehört, soweit sie nicht einen Abschnitt der Katatonie oder des manisch-depressiven Irreseins bildet. Dagegen sollen hier als akute Erschöpfungspsychosen einstweilen noch die beiden Krankheitsbilder des stürmisch verlaufenden Collapsdeliriums und der akuten Verwirrtheit (Amentia) beschrieben werden, die bei verschiedenem Verlaufe doch gewisse gemeinsame Eigentümlichkeiten darzubieten scheinen, eine tiefe Störung der Auffassung, des Gedankenzusammenhanges und der Denktätigkeit. Dazu pflegen sich Sinnestäuschungen, Ideenflucht und motorische Erregung zu gesellen.

Eine weitere wichtige Ursache der Erschöpfung ist die geistige und gemütliche Überanstrengung, ferner dauerndes körperliches Siechtum. Die Krankheitserscheinungen, die uns im Gefolge dieser Schädigungen entgegentreten, entwickeln sich langsamer und fallen weniger in die Augen, aber sie haben eine grössere praktische Bedeutung, als die akuten Erschöpfungspsy-

chosen, weil sie ausserordentlich viel häufiger sind. Es sei uns gestattet, sie unter dem Namen der chronischen nervösen Erschöpfung hier zusammenzufassen.

A. Das Collapsdelirium.

Das Collapsdelirium ist ein äusserst stürmisch sich entwickelnder Zustand von Benommenheit und hochgradiger Verwirrtheit mit traumhaften Sinnestäuschungen, Ideenflucht, Stimmungswechsel und lebhafter motorischer Erregung. Die Krankheit beginnt in der Regel ziemlich plötzlich; bisweilen macht sich Schlaflosigkeit und leichte Unruhe schon kurze Zeit vorher bemerkbar. Die Kranken verlieren rasch die Orientierung in ihrer Umgebung, die ihnen verändert und unheimlich vorkommt. Das Bewusstsein trübt sich; es stellen sich allerlei abenteuerliche Illusionen, fast immer auch Hallucinationen ein, „grossartige Erscheinungen", oft in Massen. Die Tapeten schneiden Fratzen; ein Krucifix nickt mit dem Kopfe; Engel fliegen zum Fenster herein; die Nachbarn rufen draussen; das Armensünderglöckchen läutet. Die Kranken glauben sich in fabelhaften Lebenslagen, wohnen dem Weltuntergange, ihrem eigenen Begräbnisse bei, erleben eine Fülle merkwürdiger, traumhaft zusammengewürfelter Ereignisse. Ihre Gedanken und Reden verwirren sich; sie werden ideenflüchtig und beginnen in unsinnigen Alliterationen, Aufzählungen, selbst in Versen und Reimen zu sprechen oder zu singen. Ein Beispiel gibt folgende Nachschrift von einem Kranken, der mit dem Fieberabfalle einer Lungenentzündung verwirrt wurde und jetzt seit neun Jahren gesund ist:

Blas ein Lichtlein — stoss nicht — lass nicht — gass nicht — mass, lass er — lass das, bis Licht in der Welt ist — bis die liebe Sonne scheint — No I — Öl in die Flammen giessen, — bis Licht, Licht in der Welt ist — Öl in der Flamme — aber blas eins naus — Glas — eine — keine — naus — Glaus — Johannes Bronner No I — lass es — schass es — Gockel, Gockel — Lüneburger Heide — Heidelberg — ein kleines Häsellicht — ein kleines Lampenlicht — solches nicht — sauf's nicht — resels nicht — lass ein wenig an der Stirn, am Gestirn" u. s. f.

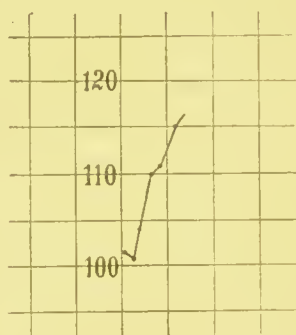
Regelmässig bestehen zusammenhangslose, wechselnde Wahnideen. Die Kranken haben den Welterlöser geboren, tragen die

Dornenkrone, sollen deswegen ans Kreuz genagelt, ertränkt werden, aber eine Heilige kann nicht untergehen. Der böse Feind stellt ihnen nach, hat sie vergiftet, in drei Teile zerschnitten; die Mächte der Finsternis sind überwunden. Die Umgebung wird vollständig verkannt; das Krankenzimmer ist die Hölle, ein Gotteshaus, der Arzt Christus, der Pfarrer oder irgend ein Bekannter.

Die Stimmung ist vorwiegend heiter, bisweilen etwas erotisch, doch schieben sich leicht vorübergehend ängstliche oder zornige Gefühlsausbrüche ein. Stets ist lebhafte motorische Erregung vorhanden. Die Kranken bleiben nicht im Bett, drängen hinaus, auch zum Fenster, kriechen zu ihren Mitpatienten hinein, entkleiden sich, zerreissen, werden unrein. Sie schwatzen lebhaft, bald laut und hochtrabend, bald geheimnisvoll flüsternd, gestikulieren, schneiden Fratzen, fauchen, pfeifen, klatschen in die Hände. Meist ist es unmöglich, von ihnen eine besonnene Antwort zu erhalten; nur hie und da geben sie einmal auf eine einfache Frage flüchtige Auskunft oder folgen sie einer Aufforderung. Vielfach stösst man beim Baden, Entkleiden und sonstigen notwendigen Massregeln auf ein unsinniges, ganz planloses Widerstreben. Zuweilen scheint ein dumpfes Krankheitsgefühl zu bestehen. Der Schlaf ist auf der Höhe der Krankheit völlig aufgehoben; höchstens kommt es einmal zu einem ganz kurzen, rasch durch die Unruhe wieder unterbrochenen Schlummer. Die Nahrungsaufnahme ist sehr unregelmässig. Die Kranken stossen zeitweise alles zurück, spucken aus, während sie kurz nachher das Dargebotene gierig hinunterschlingen oder es sich wenigstens einlöffeln lassen. Der Ernährungszustand ist stets ein sehr schlechter. Die Kranken sind kühl, blass, oft erschreckend abgemagert und schwach, obgleich sie das in ihrer Unruhe nicht zu empfinden scheinen. Das Körpergewicht sinkt ungemein schnell. Der Puls ist klein, häufig sehr verlangsamt. Die Reflexe sind gesteigert; einige Male sah ich lebhaftes Zittern. An der Haut finden sich nicht selten Abschürfungen und blaue Flecke infolge der Rücksichtslosigkeit, mit der die Kranken ihre Glieder bewegen.

Die Dauer des Collapsdeliriums beträgt in der Regel nur einige Tage, bisweilen nur Stunden, selten mehr als ein bis zwei

Wochen. Die Besonnenheit tritt fast immer plötzlich wieder hervor, oft nach einem längeren Schlafe. Die Täuschungen sind verschwunden; die Kranken beginnen klar zu werden, erkennen die Umgebung, gewinnen Krankheitseinsicht, nehmen Nahrung zu sich. In einzelnen Fällen kann sich vorübergehend Klarheit mit neuerlicher Wiederkehr der Verwirrtheit einstellen. Die Erinnerung an die überstandene Psychose ist meist eine verschwommene; seltener sind die Kranken imstande, einzelne deliriöse Erlebnisse zusammenhängend zu erzählen. Die Erregung und Unruhe weicht allmählich dem Gefühle der Ruhebedürftigkeit und Hinfälligkeit. Der Appetit wird gewöhnlich sehr stark, und das Körpergewicht steigt fast ebenso schnell, wie es gesunken war, zeitweise täglich 1—2 Pfund, im ganzen nicht selten um 20—30 Pfund innerhalb weniger Wochen. Nebenstehende, bei der Entlassung offenbar noch nicht abgeschlossene Kurve gehört dem Kranken an, von dem die oben wiedergegebene Nachschrift stammt.



Kurve II.
Collapsdelirium nach Lungenentzündung.

Der Ausgang des Collapsdeliriums ist regelmässig ein günstiger, wenn es gelingt, die Kranken am Leben zu erhalten. Die Gefahr eines körperlichen Zusammenbruches ist allerdings wegen des elenden Zustandes der Kranken oft eine recht grosse, namentlich wenn etwa das ursächliche Leiden noch besondere Schädigungen nach sich zieht. Bei einigen anscheinend hierher gehörigen Fällen sah Alzheimer in der ganzen Rinde verbreiteten feinkörnigen Zerfall der gefärbten Substanz mit leichter Färbung der ungefärbten Bahnen ohne Gliawucherung und meist auch ohne Erkrankung des Kernes. Andererseits hat man bei dem schnellen Verlaufe der Psychose selbst in anscheinend ganz verzweifelten Fällen bisweilen die Genugtuung, plötzliche, überraschende günstige Wendungen zu sehen.

Die erste, ausgezeichnete Beschreibung des Collapsdeliriums hat 1866 Hermann Weber gegeben, der dasselbe im Anschlusse an den Temperaturabfall nach akuten Krankheiten beobachtete.

Besonders die Lungenentzündung und das Erysipel. aber auch einige andere akute Krankheiten und das Wochenbett, scheinen geeignet zu sein, dieses Krankheitsbild zu erzeugen. Gemütliche Erregungen geben dabei leicht den Anstoss zum Ausbruche des Deliriums. Gerade die häufige Anknüpfung an akute Krankheiten muss den Verdacht erwecken, dass Giftwirkungen hier eine erhebliche Rolle spielen, obgleich die psychische Störung sich erst nach dem Ablaufe der infektiösen Erscheinungen einstellt. Auf der anderen Seite sprechen jedoch die Erfahrungen über Delirien bei künstlich bewirkter Schlaflosigkeit dafür, dass die einfache Erschöpfung in der Tat Irresein hervorrufen kann. Auch die Ergebnisse psychologischer Versuche in durcharbeiteten Nächten haben gelehrt, dass sich dabei Abstumpfung der Auffassungsfähigkeit, sensorische Eigenerregungen und Steigerung der psychomotorischen Erregbarkeit entwickeln, Störungen, die bei den sogenannten Erschöpfungspsychosen wiederkehren.

Die klinische Umgrenzung des Collapsdeliriums ist jedenfalls eine zweifelhafte. Seit einer Reihe von Jahren habe ich keinen Fall mehr gesehen, den ich ohne weiteres diesem Krankheitsbilde zurechnen möchte, und auch die Durchmusterung und weitere Verfolgung der früheren Beobachtungen hat mir gezeigt, dass einige derselben sicher als katatonische, andere als manische Erkrankungen zu deuten waren. Noch andere, wie namentlich die Fälle nach Gelenkrheumatismus, Influenza und Chorea, sind wohl richtiger als Infektionsdelirien aufzufassen. Dennoch bleibt eine kleine Gruppe von Fällen übrig, in denen wir es vielleicht wesentlich mit einem psychischen Zusammenbrechen infolge einer Erschöpfung zu tun haben. Gegenüber den Infektionsdelirien ist zu bemerken, dass die Kranken weniger benommen, als verwirrt erscheinen, dass die Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen lebhafter ausgeprägt sind, dass Andeutungen von Ideenflucht bestehen, und dass der Bewegungsdrang weniger triebartig, als planlos ist. Das ganze Bild gleicht mithin mehr den deliriösen Zuständen des manisch-depressiven Irreseins, von denen es sich, soweit ich bisher sehe, ausser durch seine Entstehung nach erschöpfenden Einflüssen und den Gesamtverlauf, hauptsächlich nur durch die stärkere Verworrenheit und die lebhafteren Sinnestäuschungen abgrenzen lässt. Ob sich die

unterscheidenden Kennzeichen auf Grund ausgedehnterer Erfahrungen schärfer herausarbeiten lassen, muss die Zukunft lehren. Die katatonischen Erregungen weichen durch die grössere Besonnenheit und die eigenartigen Willensstörungen ab, die epileptischen Dämmerzustände durch die stärkere Benommenheit, die mehr einheitliche, bald ängstliche, bald verzückte Färbung der Stimmung und den engen Zusammenhang der Willensäusserungen mit Vorstellungen oder Gefühlsausbrüchen. Ausserdem wird hier wie bei den durch die körperlichen Zeichen näher bestimmten paralytischen Delirien stets die Vorgeschichte für die richtige Bewertung des Zustandsbildes mit heranzuziehen sein.

Die Behandlung dieser Krankheit hat ungemein wichtige und zugleich dankbare Aufgaben zu erfüllen; es gibt keine Geistesstörung, bei welcher das Können des Arztes so entscheidend in das Schicksal des Kranken einzugreifen vermag. Derartige Kranke gehören so schnell wie möglich in das Dauerbad. Hier tritt meist sehr bald eine gewisse Beruhigung ein; die Kranken bleiben dann gern im Bad und fangen häufig an, reichlich Nahrung zu sich zu nehmen. Ist das nicht der Fall und kommt man durch häufiges Anbieten sehr nahrhafter Speisen nicht zum Ziele, so wird man ohne Zögern zur Sonde greifen und möglichst eine Überernährung anstreben. Nicht selten schlafen die Kranken nach einer reichlichen Fütterung sofort ein. Stösst die Sondenernährung auf Schwierigkeiten (Magenblutungen, Verengerungen, Erbrechen) oder erfordert die hochgradige Erschöpfung sehr rasches Eingreifen, so zögere man nicht, zur Kochsalzinfusion zu schreiten. Rasche Aufhellung des Bewusstseins und willige Aufnahme von Nahrung ist die gewöhnliche, freilich zunächst nur vorübergehende Wirkung, die nach Bedarf durch Wiederholung der Massregel erneuert werden kann. Bisweilen genügen auch schon Kochsalzklystiere.

Betäubende Beruhigungsmittel wird man im Hinblicke auf den körperlichen Gesamtzustand nur mit grösster Vorsicht verwenden. Ich habe mich in der Regel höchstens auf Alkohol oder Paraldehyd beschränkt, die man der Fütterung zusetzen kann. Dagegen sind nicht selten anregende Mittel am Platze, Coffeïn, starker Kaffee, Kampher, unter Umständen Strophantus. Ist Beruhigung eingetreten, so hat die Behandlung nur die Aufgabe,

von dem noch sehr empfindlichen Kranken alle äusseren Schädlichkeiten, namentlich gemütliche Erregungen, fernzuhalten, bis das frühere körperliche und psychische Gleichgewicht vollkommen erreicht ist. Massgebend für die Beurteilung der Genesung ist dabei in erster Linie die Wiedererlangung des früheren Körpergewichts.

B. Die akute Verwirrtheit (Amentia)*).

Unter dem Namen der Verwirrtheit (Amentia) hat Meynert eine Krankheitsform beschrieben, die hauptsächlich durch das Auftreten einer leichteren oder tieferen Bewusstseinstrübung mit mannigfachen Reizerscheinungen auf sensorischem und motorischem Gebiete gekennzeichnet ist. Infolge einer wesentlich symptomatischen Auffassung des Krankheitsbildes finden sich in demselben eine Reihe von Zuständen vereinigt, die meiner Überzeugung nach durchaus voneinander unterschieden werden sollten. ausser dem soeben beschriebenen Collapsdelirium z. B. gewisse epileptische und periodische Geistesstörungen. Es scheint mir daher zweckmässiger, die Bezeichnung der Amentia nur für eine gewisse Gruppe der Meynertschen Beobachtungen festzuhalten. für diejenigen Fälle, bei welchen sich infolge einer greifbaren äusseren Schädlichkeit akut ein Zustand traumhafter Verworrenheit, illusionärer oder hallucinatorischer Verfälschung der Wahrnehmung und motorischer Unruhe entwickelt, der bei günstigem Verlaufe frühestens nach zwei bis drei Monaten zur Genesung führt. Vielleicht können wir diese Krankheitsgruppe geradezu als ein verlängertes Collapsdelirium bezeichnen. Sie deckt sich zum Teile mit dem von Fürstner beschriebenen „hallucinatorischen Irresein der Wöchnerinnen".

Den Beginn der Krankheit bilden gewöhnlich Schlaflosigkeit

---

*) Meynert, Jahrb. f. Psychiatrie, 1881; Klinische Vorlesungen über Psychiatrie 33; Mayser, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XLII, 1; Wille. Archiv f. Psychiatrie, XIX, 2; Chaslin, la confusion mentale primitive. 1895; Poulsen, Studier over primaer idiopathisk amentia. 1896; Hoche, Das hallucinatorische Irresein, Deutsche Klinik, VI. 2, 1902.

und innere Unruhe. Die Kranken fühlen sich beängstigt, aufgeregt, vergesslich, haben Todesahnungen, können ihre Gedanken nicht mehr recht sammeln und klagen über Benommenheit und Verwirrtheit im Kopfe. Im Laufe weniger Tage steigert sich die Störung rasch bis zu völliger Unfähigkeit, sich in der Umgebung und in den Ereignissen zurechtzufinden. Alles erscheint verändert; die Personen werden verkannt; vereinzelte oder zahlreiche Hallucinationen stellen sich auf verschiedenen Sinnesgebieten ein, um ebenso wie die verfälschten wirklichen Eindrücke zu traumhaft verworrenen, widerspruchsvollen Wahnideen verarbeitet zu werden. Die Kranken sehen Gesichter in der Luft, den ewigen Juden, den Teufel im Ofen, fliegende Vögel, wilde Tiere unter dem Bett, zwei Gehängte am Fenster; sie werden verspottet, hören Vorwürfe, Drohungen, Verheissungen. Man ruft sie; es wird ein Lied gesungen, „als ob es keinen Gott mehr gäbe". Alles ist tot zu Hause; eine Schlacht ist geschlagen durch ihre Schuld; das Gottesgericht wird abgehalten; sie müssen den Doppelkampf in Gethsemane durchmachen. Es gibt Anfechtungen in der Luft mit Spiegeln und Magnetismus, Verschwörungen, Schlangen und Geister; der Teufel kommt in dreierlei Gestalt. Sie fürchten, vergiftet, totgeschossen, gesotten und gebraten, im Keller hingerichtet zu werden, da sie „der schrecklichste aller Drachen" sind; sie sind schon gestorben; der Totenwagen fährt schon draussen.

In einzelnen Fällen überwiegen Grössenideen: die Kranken sind hohe Personen, sind im Himmel gewesen, haben den Heiland gesehen, reisen nach Amerika. Nicht selten geraten die Kranken dabei in ein eigentümlich deliriöses Fabulieren. Die Auffassung der wirklichen Umgebung ist stets eine sehr unvollkommene. Die Kranken sind zerstreut, schwer zu fixieren, wissen nicht recht, wo sie sich befinden, verkennen die Personen, meist ohne jede Rücksicht auf die Ähnlichkeit, halten aber an den einmal gemachten falschen Bezeichnungen oft längere Zeit hindurch fest.

Dabei ist die Aufmerksamkeit der Kranken auf die Umgebung gerichtet; sie bemühen sich, aufzufassen und zu begreifen, was um sie herum vorgeht. Fast immer gelingt es, durch vorgehaltene Gegenstände, Gebärden, zugerufene Worte den

Gedankengang in bestimmte Richtung zu lenken. Um so auffallender ist aber regelmässig die Unfähigkeit, auch nur die einfachsten Vorgänge richtig zu verstehen. Manchen derartigen Kranken erscheint alles falsch, verwechselt, verdreht. Sie werden mit falschen Thermometern gemessen; es sind „falsche Zeitungen“, die man ihnen gibt; es ist „immer alles anders“; sie sind an einen „ganz verkehrten Ort“ geraten, „gehören gar nicht hierher“, sind „gar nicht der Richtige“ und wissen nicht, „was das alles bedeuten soll“. Die alltäglichsten Dinge gewinnen auf diese Weise für den Kranken den Anschein des Rätselhaften, Unverständlichen und Unheimlichen; er fühlt sich ihnen gegenüber ratlos, was sich meist in seinem ganzen Verhalten sehr deutlich ausdrückt. Es werden immer so die Türen auf- und zugemacht; da wird ein Packet auf den Tisch gelegt, und dann nickt einer mit dem Kopfe; bald heisst es so, bald heisst es so; da sind mit einem Mal so viele Frauen — warum stellen die sich alle so? Dabei äussert sich gewöhnlich ein deutliches Gefühl dieser Unfähigkeit, zu verstehen; der Kranke klagt, dass er nicht recht denken könne, dass man ihn „ganz irre“ mache, wünscht sich lebhaft fort, damit er endlich aus dieser Verwirrung herauskomme. Diese letzteren Fälle, in denen die eigentlichen Sinnestäuschungen gänzlich hinter der Auffassungsstörung zurücktreten, sind es, die ich früher als „asthenische Verwirrtheit“ der hallucinatorischen Form gegenübergestellt habe. Die weitere Erfahrung hat mir indessen gezeigt, dass die beiden Krankheitsbilder zweckmässiger unter gemeinsamer Bezeichnung zusammengefasst werden.

Offenbar haben wir es mit einer schweren Denkstörung zu tun. Dieselbe tritt sehr deutlich auch in der Verworrenheit des Gedankenganges hervor, die der Psychose den Namen gegeben hat. Die Kranken sind unfähig, eine Erzählung zu Ende zu führen, weil sich immer wieder andere Vorstellungen dazwischen schieben. Zufällig aufgefasste Worte oder Geräusche flechten sie sofort in ihre Reden ein. Bisweilen lösen sich die Äusserungen der Kranken in einzelne abgerissene und zusammenhangslose Worte auf. Vielfach treten dabei Wortanklänge und Reime in den Vordergrund. Ein Beispiel gibt die folgende Nachschrift:

„Sie brauchen keine goldene Brille, Silber, Edelsteine — und hat so oft in das Meer der Ewigkeit gesenkt — und alle wollen verurteilt werden — und ich soll mich meiner ersten Eltern nicht schämen — und ich habe doch einen Lorberkranz verdient, aber ich habe ihn noch nicht Angesichts des Herrn erhalten, und diese Fahnenweihe (sieht draussen die Fahnen von Kaisers Geburtstag) war es doch nicht, wo ich vor meinen Schulkindern — ich will aber doch den Sieg erlangen und richtige Fahnenweih mitfeiern und für ganz Deutschland eine Fahne weihen, nicht eher, bis ich meine Fahne sehe, die mir gehört in Richtigkeit. — Diese richtige Fahne habe ich weder Blutvergiessen noch Unschuld, wohin alle noch zu gelangen wünschten, nicht eher bis sie die richtige Fahne sehen; sie ist nicht gold, nicht rot, nicht schwarz, nicht gelb wie die Falschheit — zu viel Falschheit treiben die Kindermädchen und schütten einem Gift ins Essen, damit die Toten wieder lebendig werden.“

Neben den Zeichen von Ideenflucht und Ablenkbarkeit macht sich das Kleben an einzelnen Vorstellungen geltend, ferner völlige Zusammenhangslosigkeit, unklare Verfolgungsideen und das Gefühl, dass es „nicht richtig“ ist. Das Bewusstsein ist traumhaft getrübt, die Ordnung der Eindrücke und Vorstellungen ungemein erschwert. Am auffallendsten treten diese Erscheinungen in den Zeiten hervor, in denen die Kranken ruhig sind. Die Verwirrtheit bei völlig ruhiger, gleichmütiger Stimmung bietet ein sehr eigenartiges Bild.

Die Stimmung ist in der Amentia eine sehr verschiedene. Bisweilen überwiegt dauernd die freudige Gehobenheit, häufiger eine gewisse Depression. Fast immer findet sich ein deutlicher Wechsel des Zustandes: kurze Zeiten unvermittelter Heiterkeit mit geschlechtlicher Erregung, Lachen und Singen oder Ausbrüche zorniger Gereiztheit entwickeln sich auf einer Grundlage leichten ängstlichen Unbehagens und Misstrauens. Zeitweise treten auch Anzeichen von Stumpfheit oder von inneren Spannungszuständen mit heftiger Aufregung, Schreien, Weinen, Schimpfen hervor.

Im Benehmen der Kranken macht sich ein mehr oder weniger ausgeprägter Bewegungsdrang geltend. Sie sind unruhig, bleiben nicht im Bette, machen Fluchtversuche, entkleiden sich, zerreissen, knoten die Betttücher zusammen, trommeln, klappen, klettern, greifen nach glänzenden Gegenständen, klammern sich an. Sie singen, schwatzen, predigen, verdrehen in kindischer Weise die Worte; zeitweise werden sie ärgerlich, schlagen, stossen und spucken, werfen das Essen ins Zimmer, bringen verwirrte

Schimpfereien vor. Ihre Handlungen werden nicht sehr schnell, ohne grossen Nachdruck, planlos, zusammenhangslos ausgeführt; die Erregung tritt mehr anfallsweise auf, während dazwischen vollkommene Beruhigung vorhanden sein kann. Der Gesichtsausdruck ist abwechselnd, verständnislos.

Der Schlaf der Kranken ist stets sehr gestört; nicht selten pflegt sich gerade in der Nacht grössere Unruhe einzustellen. Die Nahrungsaufnahme ist von Anfang an gering; zeitweise kommt es wegen der verwirrten Unruhe und wegen des ängstlichen Misstrauens der Kranken zu völliger Nahrungsverweigerung. Das Körpergewicht sinkt daher beträchtlich; gleichwohl bleibt der Ernährungszustand meist ein besserer, als im Collapsdelirium. Die Reflexe sind häufig erhöht, der Puls verlangsamt, die Temperatur niedrig normal; vielfach besteht Unreinlichkeit.

Die volle Höhe der Erkrankung wird gewöhnlich schon innerhalb der ersten zwei Wochen erreicht. Der weitere Verlauf ist regelmässig ein eigentümlich schwankender. Die stürmischen Erscheinungen lassen allmählich nach; die Kranken werden etwas zusammenhängender in Gedanken und Reden, um vorübergehend doch wieder völlig desorientiert und sehr unruhig zu sein. Nicht selten kommt es schon im Beginne der Krankheit zu kurzen. ganz tiefen Nachlässen, in denen für Stunden und selbst Tage vollständige Klarheit, Einsicht und Schwinden der Täuschungen beobachtet wird. Treten solche Besserungen plötzlich und unvermittelt ein, so sind sie nicht von Bestand. Vielmehr pflegt sich die wirkliche Genesung fast immer unter ganz langsamer Abnahme aller Krankheitserscheinungen zu entwickeln. Regelmässig sind die Kranken schon längere Zeit ruhig, während sie noch immer nicht recht ihre Gedanken zu sammeln, die Vorgänge in ihrer Umgebung zu verstehen, sich in ihrer Lage zurechtzufinden vermögen.

Bei längerem Sprechen, in Briefen geraten die Kranken infolge ihrer grossen Ermüdbarkeit noch ungemein leicht in die frühere Verworrenheit hinein, auch wenn sie anfangs völlig klar und zusammenhängend gewesen sind. In den leichtesten, häufigeren Fällen wird ausserdem der Eintritt völliger Besonnenheit vielfach noch kürzere Zeit, einige Wochen etwa, überdauert von

einer einfachen, leicht gehobenen oder depressiven Verstimmung, die sich je nachdem in Geschäftigkeit, vielem Sprechen, gehobenem Selbstgefühl oder in Misstrauen, Kleinmütigkeit, Ängstlichkeit, Todesgedanken, vielleicht auch in grosser Reizbarkeit äussert. Die Gesamtdauer der Krankheit pflegt hier drei bis vier Monate nicht zu überschreiten.

Bei schwererer Störung werden die Kranken zwar auch nach einigen Monaten klar, aber einzelne Sinnestäuschungen dauern noch längere Zeit hindurch fort, ohne indessen irgendwie wahnhaft verarbeitet zu werden. Die Kranken hören Zurufe, vernehmen im Zwitschern der Vögel, in entferntem Pfeifen gelegentlich eine Aufforderung oder Drohung. Ganz vorübergehend taucht auch wohl einmal eine unsinnige Grössen- oder Verfolgungsidee auf, um sehr bald wieder vergessen zu werden. Die Kranken berichtigen ihre früheren Wahnvorstellungen nur unvollkommen, sind noch misstrauisch, gedrückt oder unzufrieden, reizbar, drängen nach Hause, ermüden sehr leicht. Namentlich zur Zeit der Menses können sich noch stärkere Erregungen einstellen. Ganz allmählich verlieren sich auch diese Krankheitserscheinungen. Die Täuschungen und Wahnideen verschwinden ganz; die Kranken werden freundlicher, zugänglicher und etwas einsichtiger, aber in ihrer geringen gemütlichen Widerstandsfähigkeit und einem gewissen Mangel an klarem Verständnisse ihrer Krankheit erkennt man deutlich, dass noch keine völlige Genesung eingetreten ist. Bis zur Ausbildung eines einigermassen feststehenden Zustandes können hier viele Monate, selbst Jahr und Tag vergehen; auch Rückfälle nach gemütlichen Erregungen oder körperlichen Schädigungen werden beobachtet.



Figur III
Amentia im Wochenbett.

Der Abschluss des Krankheitsvorganges wird durch das Ansteigen des Körpergewichtes angezeigt, welches in leichteren Fällen sehr rasch, bei dem letzterwähnten Ausgange dagegen langsam und mit vielen Schwankungen zu erfolgen pflegt. Die

beigefügte Figur III zeigt einen über $10^1/_2$ Monate sich erstreckenden Krankheitsverlauf mit mehrfachen Verschlechterungen und endlicher Genesung. Der Ausgang in Tod ist bei der Amentia nicht gerade häufig, doch kann bei sehr hochgradiger Erregung im Beginne oder bei besonders ungünstigem Körperzustande (Herzfehler, Phthise, Sepsis) ein Collaps erfolgen; ausserdem bleibt die Möglichkeit eines Selbstmordversuches zu beachten.

Ursachen der Amentia sind erschöpfende Einflüsse, namentlich das Wochenbett, ferner schwere Krankheiten, Blutverluste, vielleicht auch andere eingreifende körperliche Schädigungen (Überanstrengung, Nachtwachen). Ob die nach dem Ablaufe akuter Infektionskrankheiten (Rheumatismus, Kopfrose, Typhus) auftretenden ähnlichen Bilder hierher zu rechnen sind, ist mir sehr zweifelhaft geworden; sie dürften in der Regel als infektiöse Schwächezustände aufzufassen sein. Die letzte Gelegenheitsursache zum Ausbruche der Störung gibt nicht selten eine heftige Gemütsbewegung. Das weibliche Geschlecht ist aus naheliegenden Gründen weit stärker vertreten, als das männliche.

Die Diagnose der Amentia wird unter Berücksichtigung der ursächlichen Verhältnisse, des akuten Beginnes und der eigenartigen Krankheitszeichen — Erschwerung der Auffassung trotz vorhandener Aufmerksamkeit, illusionäre oder hallucinatorische Täuschungen, Ablenkbarkeit, ausgeprägte Denkstörung bis zur Verworrenheit, Ideenflucht, wechselnde Stimmung, stärkere oder schwächere motorische Erregung — meist sehr bald möglich sein. Schwierigkeiten, und zwar erhebliche, entstehen nur gegenüber der Katatonie und gewissen manischen Erregungszuständen. Vor allem wird man hier auf den Anschluss der Krankheit an eine erschöpfende Ursache Wert legen müssen, doch versagt dieser Anhalt häufig, da namentlich das Wochenbett auch bei jenen Erkrankungen eine auslösende Rolle spielen kann. Das klinische Bild selbst lässt sich von der Manie abgrenzen durch das entschiedene Missverhältnis zwischen der schweren Störung der Auffassung und des Verstandes einerseits, der psychischen Erregung andererseits, wie es bei der Amentia bis weit in die Genesungszeit hinein fortzudauern pflegt. Die Kranken sind noch verworren und geistig unfähig, wenn die Erregung längst geschwunden ist, während manische Kranke auch bei grosser Un-

ruhe ziemlich gut aufzufassen und ihre Umgebung zu verstehen pflegen. Zudem spielt sich die Erregung in der Amentia langsamer, planloser ab, als der Bewegungsdrang der Manie; die Kranken sprechen und handeln weniger überstürzt und sind dazwischen oft ganz ruhig, aber trotzdem unklar, ratlos, verworren. Gegenüber der Katatonie ist namentlich auf die schwere Störung der Auffassung und Orientierung bei erhaltener Aufmerksamkeit hinzuweisen. Katatoniker pflegen auch in der stärksten Erregung durch ihr Verständnis der Umgebung, ihre richtige Zeitrechnung, ihre Personenkenntnis, ihr gutes Gedächtnis für die Vorgänge der letzten Zeit zu überraschen. Dagegen vermögen die Kranken mit Amentia sich selbst in der Ruhe, wenn wir von den Nachlässen im Anfange absehen, schwer oder gar nicht zu orientieren, verkennen die Personen in der Umgebung, vergessen rasch wieder, was sich zuträgt. Dazu kommt das Fehlen ausgeprägt katatonischer Krankheitszeichen. Zwar kann Katalepsie und Befehlsautomatie vorhanden sein, aber starrer Negativismus, Verbigeration, Mutacismus, Stellungsstereotypen, Manieren und Schrullen dürften unter allen Umständen gegen Amentia sprechen.

In der hier gegebenen Umgrenzung ist die Amentia eine ziemlich seltene Krankheit. Bei genauerer Verfolgung der weiteren Schicksale unserer Kranken schrumpft eben die Zahl der verwertbaren Fälle sehr erheblich ein, namentlich zu gunsten der Katatonie und des manisch-depressiven Irreseins. Dennoch glaube ich, dass sich die Diagnose der Amentia für eine bestimmte kleine Gruppe von Beobachtungen, die bei uns $\frac{1}{2}$—1% schwerlich übersteigen dürfte, aufrecht erhalten lässt.

Bei unserer Unklarheit über das Wesen der Amentia kann ich mich zu einer Behandlung derselben mit Bakteriengiften, wie sie von Binswanger vorgeschlagen wurde, nicht entschliessen. Vielmehr glaube ich, dass wir einfach diejenigen Anzeigen zu erfüllen haben, die sich aus der bestehenden Erschöpfung unmittelbar ergeben. Beruhigung wird durch Bettlagerung oder Dauerbäder erreicht. Gelegentliche Gaben von Schlafmitteln (Alkohol, Brom, Trional, Paraldehyd) können bei grosser, unbesiegbarer Unruhe gute Dienste leisten. Die Ernährung erfordert sorgfältige Berücksichtigung. Bei drohender Erschöpfung

wird man bald zur Sonde greifen, um eine reichliche Nahrungszufuhr zu erreichen. Wenn der Magen gut ist, empfiehlt es sich auch hier, Überernährung anzustreben, die nicht selten Beruhigung bringt. Bei drohendem Collapse sind Kochsalzklystiere oder Infusionen am Platze. Wegen der grossen Neigung zu Rückfällen muss man hier den Kranken in der Genesungszeit besonders vorsichtig vor Schädigungen, namentlich zu frühzeitiger Entlassung hüten. Jedenfalls ist ausser völliger, dauernder Herstellung der Ruhe, Klarheit und Einsicht immer die Wiedererreichung des gesunden Körpergewichts, unter Umständen auch die Rückkehr der Menses, abzuwarten, bei dem Drängen der Kranken und noch mehr der Angehörigen bisweilen eine unangenehme, aber durchaus notwendige Geduldsprobe.

C. Die chronische nervöse Erschöpfung.

Die chronische nervöse Erschöpfung, wie sie im folgenden beschrieben werden soll, deckt sich mit denjenigen Zuständen, die man gewöhnlich mit dem Namen der erworbenen Neurasthenie zu bezeichnen pflegt. Ohne Zweifel bestehen zwischen dieser Erkrankung und den psychopathischen Zuständen der angeborenen Neurasthenie fliessende Übergänge je nach dem Verhältnisse, in welchem äussere Ursachen einerseits, krankhafte Veranlagung andererseits an der Entwicklung des Leidens beteiligt sind. Dennoch habe wohl ich nicht allein die Unklarheit empfunden, welche durch das Zusammenwerfen so weit auseinanderweichender Krankheitsbilder in die klinischen Darstellungen der Neurasthenie hineingetragen wird. Ich habe daher den Versuch gemacht, hier zunächst diejenigen Krankheitserscheinungen auszuscheiden, welche auch bei gesunder Veranlagung durch dauernd einwirkende erschöpfende Ursachen erzeugt werden.

Jede fortgesetzte Arbeit erzeugt Ermüdung und damit Erschwerung der Leistung. Bis zu einem gewissen Grade kann diese Ermüdungslähmung, die wir wohl als einen Selbstschutz gegen Überarbeitung auffassen dürfen, durch Steigerung der Willensspannung überwunden werden. Dadurch entsteht das Gefühl der erhöhten „Anstrengung“ bei längerer, ermüdender

Tätigkeit. Ihm gesellen sich in der Regel bald jene Unlustgefühle bei, die den Zustand der Müdigkeit kennzeichnen; damit erlahmt der Wille, und die Gefahr der Überanstrengung ist beseitigt. Während die erhöhte Anspannung des Willens eine gewisse Zeit hindurch die Ermüdungswirkungen durch Steigerung des Kraftaufwandes auszugleichen vermochte, gewinnen jetzt diese letzteren endgültig die Oberhand und erzwingen Einstellung der Tätigkeit.

Unter gewissen Bedingungen indessen scheint die Erhöhung der Willensspannung nicht durch das Unlustgefühl der Müdigkeit wieder beseitigt, sondern lange Zeit hindurch festgehalten zu werden. Das geschieht vor allem dann, wenn die Arbeit mit lebhafter gemütlicher Erregung verknüpft ist, also bei sehr verantwortungsvoller oder unseren Eifer aus irgend einem anderen Grunde stark anspornender Tätigkeit. Hier bleibt das Warnungszeichen, das zur Erholung mahnt, aus oder wird überwunden; die Arbeit wird über das zulässige Mass hinaus fortgesetzt. Dadurch entsteht einerseits eine gewisse Erschöpfung des verfügbaren Kraftvorrates, die sich nur langsam wieder ausgleicht, eine Dauerermüdung, die bei Wiederbeginn der Arbeit noch zum Teil fortbesteht, und eine Steigerung der Ermüdbarkeit, ein rascheres Sinken der Leistungsfähigkeit bedingt. Andererseits scheint sich unter solchen Umständen auch die erhöhte Willensspannung dauernd zu erhalten und eine Zunahme der Reizbarkeit mit rascherer Auslösung von Affekthandlungen herbeizuführen. Die Entwicklung aller dieser Störungen können wir im Verlaufe jeder mit besonderem Eifer betriebenen, lange fortgesetzten und ermüdenden Arbeit beobachten. Offenbar handelt es sich dabei um die ersten Andeutungen der Erschöpfung.

Leider fehlt es uns noch an Versuchen über die Wirkung dauernder Überanstrengung auf das Seelenleben. Wir wissen aber aus vielfacher Erfahrung, dass bei fortgesetzt ungenügendem Ausgleiche der Ermüdungswirkungen zunächst die Fähigkeit zu gleichmässiger Anspannung der Aufmerksamkeit abnimmt. Der Kranke vermag nicht mehr, klar und scharf zu denken, längere Zeit hindurch bei demselben Gegenstande zu verweilen, sondern er wird leicht durch irgendwelche zufälligen Einflüsse nach dieser oder jener Richtung hin abgezogen; er wird unauf-

merksam, zerstreut, vergesslich, namentlich in Bezug auf Namen und Zahlen. Seine Ermüdbarkeit steigert sich; nach immer kürzerer Arbeitszeit stellt sich eine rasch stärker anwachsende Erschwerung der geistigen Tätigkeit, ein Gefühl der Ermattung ein, das zu baldigem Aufhören zwingt. Weygandt hat diese Zunahme der Ermüdbarkeit bei Versuchen mit fortgesetztem Addieren einstelliger Zahlen in einem sofortigen Sinken der Arbeitswerte vom Beginn der Tätigkeit an zum Ausdrucke kommen sehen. Die Ermüdung überwog also von vornherein die sonst zunächst die Oberhand gewinnenden arbeitfördernden Einflüsse der Anregung und Übung. Mit der Besserung des Zustandes änderte sich dieses Verhalten wieder. Infolge der Arbeitserschwerung verliert der Kranke bald die Freude an der gewohnten Beschäftigung. Nur noch mit ganz unverhältnismässiger Anstrengung vermag er die Aufgaben zu lösen, die ihm bis dahin nicht die geringste Schwierigkeit verursachten; er muss sich mit Gewalt zwingen zu der Arbeit, die er sonst mit Lust und Befriedigung verrichtete, scheut vor jedem Entschlusse zurück, weil ihm die Hindernisse unüberwindlich erscheinen.

Unter dem Drucke dieser Veränderungen, des immer deutlicher hervortretenden Gefühls der mangelnden Leistungsfähigkeit, pflegt sehr bald die Stimmung in erheblichem Masse zu leiden. Der Kranke wird aufgeregt, missmutig, verdriesslich, reizbar, heftig und ungerecht; er findet keinen Geschmack mehr an seinen liebsten Vergnügungen, fühlt sich unbehaglich und unbefriedigt von seinem Berufe und seinen Lebensverhältnissen. Lächerlich kleine Anlässe, eine Unart seiner Kinder, kleine geschäftliche Unannehmlichkeiten, die ihn in gesunden Tagen unberührt gelassen hätten, vermögen ihm für Stunden und Tage die Laune zu verderben und ihn zu Heftigkeitsausbrüchen hinzureissen, die er später selber bedauert.

Hand in Hand mit diesen psychischen Veränderungen gehen stets auch eine Reihe von körperlichen Krankheitszeichen. Zunächst und am stärksten wird der Kopf in Mitleidenschaft gezogen. Am häufigsten ist es das Gefühl eines dumpfen, allgemeinen Druckes, welches dem Kranken die Arbeitsfreudigkeit raubt und in der Regel bei irgend einer Anstrengung sich rasch bis zum Unerträglichen steigert. Die Lokalisation dieser Empfin-

dung ist eine verschiedene. Am meisten scheint dabei die Stirngegend beteiligt zu sein, ferner die Scheitelhöhe, seltener der Hinterkopf; bisweilen haben die Kranken das Gefühl eines festen Reifens, der sich rings um den Kopf spannt, eines spitzen Kammes auf dem Scheitel oder des Zusammenpressens von beiden Seiten her. In anderen Fällen sind es wirkliche Schmerzen, über welche die Kranken zu klagen haben, bisweilen halbseitiger (Migräne), häufiger doppelseitiger Natur. Namentlich die Augengegend und das Hinterhaupt sind der Lieblingssitz solcher schmerzhaften Empfindungen; häufig erweisen sich dann die Austrittsstellen der Trigeminusäste und des Occipitalis major als auf Druck empfindlich. Nicht selten wird von den Kranken auch das Auftreten leichter, rasch vorübergehender Schwindelanfälle oder Beängstigungen berichtet. In den Augen stellen sich bei geringen Anstrengungen lebhafte Schmerzen, Verschwimmen der Eindrücke und mouches volantes ein (neurasthenische Astenopie).

Sehr häufig ist das Gefühl allgemeiner körperlicher Schwäche und Hinfälligkeit. Der Kranke fühlt sich ermüdet und angestrengt, wenn er einen kurzen Spaziergang gemacht, ein Schwimmbad genommen hat oder einige Treppen gestiegen ist. Eine wirkliche Abnahme der Muskelkraft lässt sich jedoch dabei gewöhnlich nicht nachweisen; vielmehr scheint es wesentlich die erhöhte Ermüdbarkeit zu sein, welche den Kranken schon bei geringen Leistungen zu sehr bedeutenden Anstrengungen zwingt und ihn daher verhältnismässig leicht erlahmen lässt. Bisweilen werden leichte Zuckungen in einzelnen Muskeln, besonders des Gesichts, von dem Kranken wahrgenommen, die ihn sehr beunruhigen; auch über erschwertes Sprechen, leichtes Stottern wird geklagt, namentlich in grösserer Gesellschaft oder bei besonderer Gelegenheit. Bei der Untersuchung pflegt der Bewegungsapparat keinerlei Störungen aufzuweisen; nur lebhaftes Vibrieren der Lider bei kräftigem Augenschluss, leichtes Zittern der Hände sowie starke fibrilläre Zuckungen in der Zunge sieht man sehr häufig. Weiterhin können sich allerlei schmerzhafte und unangenehme Empfindungen mannigfachsten Inhalts und Sitzes einstellen. Längs der Wirbelsäule werden rieselnde, schauernde, ziehende Paraesthesien wahrgenommen; in den Beinen, den Hoden, den Armen stellen sich ausstrahlende oder zuckende Schmerzen,

das Gefühl von Unruhe, Brennen, Jucken, Ameisenkriechen, Pelzigwerden, Vertauben ein. Objektiv sind Empfindungsstörungen nicht nachzuweisen; die Reflexe erscheinen oft erhöht.

Seitens der Kreislaufsorgane sind es namentlich das Herzklopfen, bisweilen auch noch andersartige, nagende oder brennende Empfindungen am Herzen, welche den Kranken ängstigen. Nicht selten macht sich ihm auch das Gefühl des Klopfens und Pulsierens im Kopfe und in anderen Teilen des Körpers, fliegende Hitze, leichtes Erröten, abnorme Trockenheit der Haut oder übermässige Schweissabsonderung unangenehm bemerkbar. Die Zahl der Pulse zeigt grosse Schwankungen, auch wohl leichte Unregelmässigkeiten, wird durch Arbeit und Gemütsbewegungen stark beeinflusst. Auf dem Gebiete der Geschlechtsfunktionen wird erhöhte Erregbarkeit, Neigung zu häufigen Pollutionen oder psychisch bedingte Impotenz beobachtet. Der Appetit ist meist gering, der Leib aufgetrieben, die Zunge belegt, der Stuhlgang träge und nur durch Nachhilfe zu erreichen; seltener besteht Neigung zu plötzlichen Durchfällen. Bei leerem Magen stellen sich peinliche, nagende Empfindungen ein, die sich durch Essen rasch beseitigen lassen (Heisshunger). Der Schlaf ist fast immer schlecht; die Kranken liegen sehr lange wach, bevor sie einschlafen, oder wachen unter plötzlichem Zusammenschrecken bald wieder auf. Sie träumen viel und lebhaft und sind am Morgen nicht erquickt, sondern unsäglich müde und abgespannt. Erst im Laufe des Tages pflegt sich dann wenigstens ein Teil ihrer früheren Regsamkeit wiederherzustellen. In anderen Fällen besteht dauernd eine unüberwindliche Schläfrigkeit, die den Kranken bei der geringsten Anstrengung, selbst in grosser Gesellschaft, im Theater zum Einschlafen bringt.

Regelmässig stellt sich im Anschlusse an die geschilderten, mehr oder weniger entwickelten Störungen ein ausgeprägtes Krankheitsgefühl ein. Der Kranke empfindet die Veränderung, welche sich mit ihm vollzogen hat, und wenn er auch, namentlich in Augenblicken missmutiger Erregung, alle möglichen äusseren Umstände dafür verantwortlich macht, so ist er doch darüber vollständig klar, dass sein Zustand als ein ungesunder betrachtet werden müsse. Leicht bemächtigt sich seiner die bange Befürchtung, dass er im Beginne eines schweren, verhäng-

nisvollen Leidens stehe, und dem befangenen Blicke bieten sich auch Anhaltspunkte genug zur Begründung dieser Anschauung dar. Auf diese Weise entwickelt sich sehr häufig jene Störung, die man früher als leichteste Form psychischer Erkrankung mit dem Namen der Hypochondrie bezeichnete, während man sie jetzt als eine Teilerscheinung des neurasthenischen Irreseins kennen gelernt hat. Je nach dem Bildungsgange und den Anschauungen des Kranken gestalten sich natürlich die hypochondrischen Vorstellungen verschieden. Meist ist es dasjenige Leiden, welches dem Kranken am geläufigsten ist und am schrecklichsten vorschwebt, dessen Zeichen er an sich zu entdecken glaubt. Ein chronischer Rachenkatarrh mit starkem Auswurf erscheint ihm als die beginnende Schwindsucht; einzelne Akneknötchen lassen ihn den Ausbruch der Syphilis befürchten, der Bodensatz im Nachtgeschirr eine schwere Nierenerkrankung, das Herzklopfen beim Treppensteigen und das Pulsieren einen Herzfehler. Die Vergesslichkeit bedeutet dem Mediziner das Herannahen der Paralyse, der Kopfdruck den Hirntumor, die Paraesthesien in den Beinen die Tabes.

In der Regel werden diese Befürchtungen, anfangs wenigstens, von dem Kranken als unsinnig zurückgewiesen, aber gerade hier, wo es sich um das eigene Wohl und Wehe handelt, geht am leichtesten der kritische Widerstand gegenüber der Krankheit verloren. Die hypochondrischen Vorstellungen können daher unter Umständen den Kranken in eine so hoffnungslose, verzweiflungsvolle Stimmung versetzen, dass er sein Testament macht, sein Lebensglück für unwiederbringlich verloren hält, vielleicht sogar sich mit Selbstmordgedanken trägt.

Die Entwicklung der nervösen Erschöpfung ist in der Regel eine allmähliche, doch scheint es auch vorzukommen, dass im Anschlusse an rasch eintretende und heftig wirkende Schädlichkeiten (Gemütsbewegungen, akute Krankheiten, besonders Influenza) die ganzen Erscheinungen sich ziemlich plötzlich einstellen. Dabei ist allerdings die Frage offen, ob wir derartige Zustände mit der hier besprochenen Erkrankung zusammenwerfen dürfen. Für die nach Schreck beobachteten Fälle glaube ich die Frage ohne weiteres verneinen zu müssen. Aber auch die bekannte nervöse Schwäche in der Genesung nach schweren Krank-

heiten ist wohl nur zum Teile auf einfache Erschöpfung zurückzuführen. Im Wochenbette, nach Blutungen, Operationen kann man sich damit zufrieden geben; bei allen Infektionskrankheiten dagegen werden wir immer mit der Möglichkeit von Giftwirkungen und -nachwirkungen zu rechnen haben. Die „Neurasthenie“ im Gefolge chronischer Vergiftungen hat mit der nervösen Erschöpfung nur eine ganz äusserliche Ähnlichkeit.

Der Verlauf der Krankheit vollzieht sich fast immer in vielfachen Schwankungen. Abgesehen von den häufigen Besserungen gegen Abend, können sich die Kranken bei besonderem äusserem Anlasse gewöhnlich soweit „zusammennehmen“, dass die Erscheinungen vorübergehend in den Hintergrund treten, um allerdings mit dem Nachlasse der Anspannung gewöhnlich in um so grösserer Heftigkeit zurückzukehren. Wir sehen in diesen Erfahrungen nur eine Erweiterung der Tatsachen, die uns der psychologische Versuch über die Wirkung der Anregung und gemütlicher Schwankungen auf die Beseitigung der Müdigkeit liefert.

Die leichtesten Formen der nervösen Erschöpfung sind überaus häufige Erkrankungen. Trotzdem wurde eine eingehendere Kenntnis des ganzen Krankheitsbildes erst durch Beard*) im Jahre 1880 vermittelt, welcher in dem rastlosen Treiben des amerikanischen Lebens ganz besonders häufig Gelegenheit hatte, die Krankheit zu beobachten. Ohne Zweifel liegen wesentliche Entstehungsbedingungen des Leidens in einer Überanstrengung des Gehirns. Aus den schon früher angedeuteten Gründen ist es die mit lebhafter gemütlicher Erregung, mit grosser Verantwortung verbundene Tätigkeit, welche das Zustandekommen der chronischen Erschöpfung in besonderem Masse begünstigt. Der stille Gelehrte ist ihr in weit geringerem Grade ausgesetzt, als

---

*) Beard, Die Nervenschwäche, ihre Symptome, Natur, Folgezustände und Behandlung, deutsch von Neisser, 2. Aufl. 1883; Bouveret, Die Neurasthenie, deutsch von Dornblüth. 1893; F. C. Müller, Handbuch der Neurasthenie. 1893; Löwenfeld, Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie. 1893; Möbius, Neurologische Beiträge, II, 62. 1894; Levillain, Essais de neurologie clinique, Neurasthénie de Beard et étas neurasthéniformes. 1896; Jolly, Neurasthenie und Hypochondrie, Handbuch der praktischen Medizin von Ebstein und Schwalbe; Maurice de Fleury, les grands symptômes neurastheniques. 1901. Vergleiche auch den späteren Abschnitt über die Nervosität.

der Kaufmann, der Offizier im Kriege, der Politiker, der beschäftigte Arzt. Es liegt daher in der Natur der Sache, dass vorzugsweise die begabteren, lebhafteren und gebildeteren Menschen den Gefahren der Neurasthenie zugänglich sind. Vielleicht ist dabei der Umstand nicht ohne Bedeutung, dass anscheinend grosse Übungsfähigkeit sich häufig mit grosser Ermüdbarkeit verbindet. Frauen mit ihrer grösseren gemütlichen Erregbarkeit und geringeren Widerstandsfähigkeit sind etwas stärker gefährdet, als das männliche Geschlecht, namentlich überlastete Mütter, Lehrerinnen, Krankenpflegerinnen. Andererseits können unzweifelhaft auch regelmässige körperliche Überanstrengungen, wie sie im Kriege, in Manövern, aber auch bei übertriebenen Leibesübungen (Bergsteigen, Rudern, Radfahren) vorkommen, das Bild der nervösen Erschöpfung erzeugen. Weiterhin ist natürlich die allgemeine Lebensweise und die Ernährung von grosser Bedeutung. Ein überhastetes, unregelmässiges und ausschweifendes Leben ohne die ausreichende Erholung durch Ruhe und Schlaf führt auch bei weit geringeren Leistungen viel rascher zur Neurasthenie, als der geregeltere Tageslauf etwa des Beamten und Lehrers. Insbesondere scheint auch dem regelmässigen Alkoholgenusse, der die Leistungsfähigkeit herabsetzt und die Ermüdbarkeit steigert, nicht selten eine gewisse ursächliche Rolle zuzukommen.

Auf der anderen Seite ist es unzweifelhaft, dass die Erschöpfung natürlich um so leichter eintritt, je geringer die ursprüngliche Widerstandsfähigkeit des Einzelnen ist. Von jenen beneidenswerten Naturen, deren Nervensystem mit staunenswerter Geschwindigkeit und Spannkraft alle Schädigungen sofort wieder ausgleicht, die ihm durch die unermüdliche Lebensarbeit zugefügt werden, führt eine stetige Reihe von Übergängen hinüber zu solchen, die sich den Anforderungen des Lebens schon nach sehr kurzer Zeit nicht mehr gewachsen fühlen, deren Arbeitskraft schon bei mässigen Leistungen sich rasch und vollständig erschöpft, und denen daher jede ernstere Anstrengung von vornherein durch neurasthenische Nachwehen verbittert wird. Je entscheidender indessen bei dem Zustandekommen der Erschöpfung die persönliche Anlage mitgewirkt hat, desto mehr mischen sich in das Krankheitsbild die Züge der Nervosität, deren wir späterhin eingehender zu gedenken haben werden.

Dass die eigentliche Grundlage der hier besprochenen Erkrankung eine Erschöpfung bildet, ist wohl am folgerichtigsten von Möbius ausgeführt worden. Er denkt geradezu an eine Art chronischer Vergiftung durch Ermüdungsstoffe, entsprechend etwa der sich häufenden Wirkung regelmässigen Alkoholmissbrauches. Demgemäss sucht er auch die einzelnen Krankheitszeichen in der gesunden Ermüdung wiederzufinden. Ich halte diese Auffassung für recht fruchtbar, da sie uns den Weg weist, der aus der jetzigen Unklarheit in der Lehre von der Neurasthenie herausführt. Gerade darum aber erscheint mir eine Abtrennung derjenigen Krankheitsbilder, die sich aus der einfachen Häufung von Ermüdungswirkungen begreifen lassen, von jenen angezeigt, bei denen die krankhafte Veranlagung, die angeborene Herabsetzung der nervösen Widerstandsfähigkeit die wesentlichste Rolle spielt. Das hier abgegrenzte Bild der erworbenen Neurasthenie enthält, wie ich glaube, in der Tat nur Störungen, welche sich durch den Versuch überall würden wieder erzeugen lassen; freilich bin ich heute nicht imstande, den genauen Beweis dafür zu erbringen. Auch für die hypochondrischen Vorstellungen, die Möbius ausnimmt, halte ich einstweilen an der Entstehung aus der Erschöpfung fest. Sie wachsen, wie mir scheint, aus der Verstimmung hervor, die sich auch des kräftig veranlagten Mannes bemächtigt, wenn er abgearbeitet und gehetzt die Abnahme der Leistungsfähigkeit in der wachsenden Erschwerung seiner Arbeit empfindet.

Die Prognose der einfachen nervösen Erschöpfung ist als günstig zu bezeichnen, sofern es gelingt, die Ursachen derselben zu beseitigen. Die Genesung wird eine um so vollkommenere sein, je widerstandsfähiger der Kranke vorher war, und je mehr es gelingt, etwa in seiner Lebensführung liegende Schädlichkeiten zu beseitigen. Vor allem sind natürlich beide Gesichtspunkte massgebend für die grössere oder geringere Wahrscheinlichkeit des Rückfalls; die im Augenblicke vorhandenen Störungen wird man bei ausreichender Zeit und sonst günstigen Verhältnissen regelmässig zu beseitigen imstande sein.

Die Abgrenzung der nervösen Erschöpfung von manchen anderen Krankheitsformen ist in prognostischer und therapeutischer Beziehung von hervorragender Wichtigkeit. Zunächst

kommt man häufig in die Lage, sich darüber Gewissheit verschaffen zu müssen, dass die hypochondrischen Befürchtungen des Kranken nicht wirklich begründet sind. Namentlich kann es ernste Schwierigkeiten bereiten, hinsichtlich der Gefahr einer beginnenden Paralyse ein endgültiges Urteil zu gewinnen. Die grössere Besonnenheit der Kranken, die klare Auffassung aller Krankheitszeichen, der Mangel einer greifbaren Gedächtnisstörung trotz ihrer Klagen darüber, das Fehlen nachweisbarer nervöser Störungen (Pupillenstarre, Sprachstörung, Analgesie, Anfälle) wird den Arzt über die neurasthenische Natur des vielleicht sehr verdächtigen Krankheitsbildes aufklären. Auch das Lebensalter des Kranken und die Entstehungsgeschichte des Leidens wird er zu beachten haben. Erscheinungen von „Nervosität", die ohne bestimmt greifbaren Anlass bei einem nicht krankhaft veranlagten Manne erstmals in mittleren Jahren auftreten, sind recht häufig die Einleitung der Paralyse.

Vielfach wird auch das depressive Vorstadium anderer Psychosen mit neurasthenischen Zuständen verwechselt. Indessen der Erschöpfte ist verstimmt und reizbar, weil er merkt, dass seine geistige Leistungsfähigkeit gestört ist; seine Stimmung wird freier und froher, sobald eine äussere Anregung, eine fröhliche Gesellschaft ihn vorübergehend seine Beschwerden vergessen lässt, oder sobald er, von allen Sorgen und Pflichten seines Berufes entlastet, rückhaltlos Ruhe und Erholung geniessen kann. Dort aber entsteht das Gefühl der Beängstigung, der Schwere ohne irgendwelche klare Begründung, und es wird durch Zerstreuungs- und Ablenkungsversuche nicht nur nicht gemildert, sondern im Gegenteil oft genug bis zum Unerträglichen gesteigert. Die Verstandesabnahme und Verstimmung im Beginne der Dementia praecox ist gegenüber der nervösen Erschöpfung namentlich durch die gemütliche Stumpfheit der Kranken, ihre Gleichgültigkeit im Hinblicke auf die Zukunft, zuweilen auch durch die Unsinnigkeit der hypochondrischen Klagen und die Unbelehrbarkeit gekennzeichnet.

Je geringfügiger die äusseren Ursachen sind, die das Bild der Erschöpfung hervorgerufen haben, desto mehr müssen wir daran denken, dass demselben eine konstitutionelle Nervenschwäche zu Grunde liegt, die nicht durch Ruhe, sondern im Gegenteil durch

Übung und Beschäftigung bekämpft werden muss. So wenig sich hier scharfe Grenzen ziehen lassen, kann doch nicht verkannt werden, dass der nervösen Veranlagung gewisse besondere Züge eigentümlich sind, die wir bei der einfachen nervösen Erschöpfung gar nicht oder doch in sehr viel schwächerer Ausprägung wiederfinden. Dahin gehören namentlich die starke Beeinflussbarkeit des Zustandes und der einzelnen Krankheitszeichen durch psychische Einwirkungen, die jähen Stimmungsschwankungen, die Angstzustände, die geringe Kraft und Nachhaltigkeit des Willens. Eine sorgfältige Abschätzung des Anteils, den äussere und innere Bedingungen an der Entstehungsgeschichte des einzelnen Falles haben, ist für die Vorhersage und zur Auffindung der richtigen Heilmittel unerlässlich.

Die Behandlung*) der nervösen Erschöpfung bietet der Tätigkeit des Arztes ein sehr ausgedehntes und ergiebiges Arbeitsfeld. Zunächst vermag gerade hier die Vorbeugung ausserordentlich viel zu leisten. Man hat, nicht ganz mit Unrecht, die Neurasthenie als die Krankheit unserer Zeit bezeichnet. In der Tat liegen in der raschen Steigerung der Anforderungen, die der hastige Fortschritt unserer Kulturentwicklung an die geistige, sittliche und körperliche Leistungsfähigkeit des Einzelnen stellt, wichtige Ursachen nervöser Überreizung. Da wir diese allgemeinen Ursachen nicht beseitigen können, so wird es unsere Aufgabe sein müssen, das kommende Geschlecht widerstandsfähig und tüchtig zu machen und für den Kampf ums Dasein gehörig auszurüsten. Alle jene früher geschilderten Bestrebungen, welche darauf hinausgehen, die geistige Überbürdung der heranwachsenden Jugend mit totem Gedächtniskram zu bekämpfen und der Sorge für die gelehrte Erziehung diejenige für die körperliche Ausbildung zur Seite zu setzen, dienen diesem Zwecke in hervorragendem Masse. Weiterhin ist auf Fernhaltung der Jugend von anstrengenden und aufregenden Vergnügungen, vom Alkoholgenusse, auf Vermeidung von Ausschweifungen, Einhaltung einfacher Lebensgewohnheiten ohne Verwöhnung und ohne Verzärtelung zu achten.

---

*) Weygandt, Die Behandlung der Neurasthenie, Würzburger Abhandlungen. 1901.

Ganz besondere Aufmerksamkeit aber erfordert die ausreichende Befriedigung des Schlafbedürfnisses. Es kann nicht oft genug wiederholt werden, dass in diesem Punkte sehr bedeutende und tief begründete Verschiedenheiten zwischen den einzelnen Menschen bestehen, die nicht ohne schweren Schaden vernachlässigt werden dürfen. Gerade in dieser Beziehung wirken so manche unserer sogenannten Erholungen schädlich, indem sie spätes Aufbleiben und abendliche geistige Anregung mit sich bringen. Für angestrengt arbeitende oder sehr erregbare Menschen sind späte Theater- und Musikaufführungen, Geselligkeit mit Magenüberladung und reichlichem Alkoholgenusse recht sichere Mittel, den so notwendigen Schlaf empfindlich zu stören. Müdigkeit und Abgespanntheit am Morgen ist ein Zeichen ungenügenden Schlafes; sie soll daher nicht durch Gewaltmassregeln, sondern durch frühes Schlafengehen und durch sorgfältige Beseitigung aller Ursachen bekämpft werden, welche die Schlaftiefe verringern. Weiterhin aber wird der Hausarzt Gelegenheit genug haben, durch eine gesundheitsgemässe Regelung der Lebensweise den Gefahren der Überanstrengung vorzubeugen und namentlich bei den ersten Anzeichen eintretender Erschöpfung sofort einzugreifen, weil dann in der Regel leicht ein Erfolg zu erreichen ist, der später nur mit bedeutenden Opfern an Zeit und Geld erkauft werden kann. Die erste Aufgabe, welche hier erfüllt werden müsste und doch nur allzuselten in ausreichendem Masse erfüllt werden kann, ist die Beseitigung aller jener schädigenden Einflüsse, welche die Krankheit erzeugten. Regelung der Lebensweise nach den verschiedensten Richtungen hin, sodann Entfernung aus der Berufsarbeit, womöglich auch aus den gewohnten Verhältnissen, Versetzung in eine andere, ruhige und anziehende Umgebung wird die wichtigste Vorbedingung einer jeden Behandlung bilden müssen. Für leichtere Formen genügt oft schon eine einfache Sommerfrische, ein Landaufenthalt oder eine behagliche, keinesfalls ermüdende Reise ins Gebirge oder an die See, um ein Ausruhen des überreizten Nervensystems und damit das rasche Schwinden aller der vielfachen körperlichen und psychischen Beschwerden herbeizuführen.

Bei längerer Dauer und stärkerer Ausbildung der Störungen pflegt die Durchführung einer vorzugsweise diätetischen Kur

unter ärztlicher Aufsicht vorzügliche Dienste zu leisten. Allen den zahlreichen Nerven- und Wasserheilanstalten strömen immerwährend in Scharen derartige Kranke zu. Ausser der Befreiung von den Geschäften und Plackereien des täglichen Berufes muss hier vor allem eine einfache, sorgfältig geregelte und gesundheitsgemässe Lebensweise mit angemessener Verteilung von Tätigkeit, Ruhe und Schlaf durchgeführt werden. Die Kranken sollen kräftig und reichlich, aber ohne Schlemmerei ernährt werden; der gewohnheitsmässige Genuss von Alkohol, starkem Kaffee oder Thee ist streng zu untersagen. Störungen des Appetits, der Verdauung, des Schlafes werden mit den gebräuchlichen Mitteln, namentlich aber durch regelmässige, nicht bis zur Ermüdung ausgedehnte Spaziergänge sowie durch ärztlich überwachte Leibesübungen verschiedener Art bekämpft. Ferner sucht man durch Wasserbehandlung, durch Gymnastik, Massage und allgemeine Faradisation den Kreislauf und den Stoffumsatz soviel wie möglich zu fördern. Unter dem Einflusse aller dieser Massregeln pflegt sich die öfters stark gesunkene Ernährung stetig und beträchtlich zu heben. Gleichzeitig bessert sich der Schlaf, die Stimmung und die Beschäftigungsfähigkeit. Als Arzneimittel zur Bekämpfung der nervösen Unruhe und zur Erzielung von Schlaf sind mit gutem Rechte die Bromsalze (3 mal täglich 1—2 gr oder eine abendliche Gabe von 2—5 gr) in Gebrauch; nur im Notfalle wird man vorübergehend seine Zuflucht zu den eigentlichen Schlafmitteln nehmen. Man hüte sich vor dem Morphium!

Eine recht wesentliche Bedeutung hat bei neurasthenischen Zuständen fast immer die psychische Behandlung. Vielfach kann ein vorsichtiges Suggestivverfahren den Eintritt gemütlicher Beruhigung, die Wiederkehr des Schlafes und die Beseitigung mancher quälender Beschwerden überraschend schnell herbeiführen. Ausserdem aber trägt eine aufmerksame, geduldige, aber feste ärztliche Führung sehr viel dazu bei, dass der Kranke nach und nach sein stark erschüttertes Selbstvertrauen und die Herrschaft über seinen Willen wiedergewinnt. Nach dem Verschwinden der eigentlichen Krankheitszeichen bleibt häufig noch eine Herabsetzung der psychischen Widerstandsfähigkeit bei dem Kranken zurück, welche leicht zu Rückfällen führt, wenn nicht die Berufsverhältnisse und die Lebensweise dauernd derart geregelt werden,

dass sie sich der persönlichen Eigenart in geeigneter Weise anpassen. Wer die Folgen der täglichen Arbeit in einer fortschreitenden Abstumpfung seiner Leistungsfähigkeit empfindet, sollte sich daher unbedingt wenigstens einmal im Jahre für einige Wochen aus dem Joche der gewohnten Verhältnisse herausreissen; nur dann ist er einigermassen sicher, im Kampfe mit dem Leben nicht immer und immer wieder zu erliegen.

III. Die Vergiftungen.

Obgleich wir in gewissem Sinne auch die Infektionen und vielleicht sogar die Erschöpfung als Vergiftungen ansehen können, möchte ich denselben doch als Vergiftungen im engeren Sinne diejenigen Schädigungen gegenüberstellen, die durch die Einführung bestimmter wirksamer Stoffe in unseren Körper zu stande kommen. Sie verhalten sich nach den verschiedensten Richtungen hin wesentlich anders, als jene Geistesstörungen, deren giftige Ursache erst im Körper selbst durch krankhafte Zersetzungen oder die Lebensvorgänge von Krankheitserregern erzeugt wird. Es wird sich ferner empfehlen, akute und chronische Vergiftungen auseinanderzuhalten, je nachdem die Einfuhr des Giftes nur vorübergehend oder längere Zeit hindurch erfolgt; freilich werden wir dabei aus praktischen Gründen die akuten Wirkungen derjenigen Gifte, die häufig gewohnheitsmässig eingeführt werden, gemeinsam mit den durch sie erzeugten chronischen Veränderungen besprechen.

1. Die akuten Vergiftungen.

Die akuten Vergiftungen haben im allgemeinen wegen ihres raschen Ablaufes nur eine geringe psychiatrische Bedeutung; zudem sind die meisten derselben verhältnismässig recht selten. Dagegen ist die wissenschaftliche Tragweite dieser Störungen eine sehr grosse, weil bei ihnen die ursächliche Abhängigkeit ganz bestimmter psychischer Veränderungen von eindeutigen chemischen Einwirkungen auf die Hirnrinde klar vor Augen liegt, wenn auch der von Heiberg unternommene Versuch, die hier entstehenden Krankheitsbilder nach der chemischen Verwandtschaft der Gifte zu gruppieren, zur Zeit wohl noch undurchführbar erscheint. Von besonderer Wichtigkeit ist es, dass wir den Zusammenhang

zwischen Giftwirkung und klinischen Zeichen durch den Tierversuch einerseits, durch die feinere psychologische Untersuchung beim Menschen andererseits genauer verfolgen können, als auf irgend einem anderen Gebiete psychischer Erkrankungen. Wir dürfen daher erwarten, dass gerade die akuten Vergiftungen uns einmal so manche Anhaltspunkte für ein tiefer dringendes Verständnis des Vorganges der geistigen Störung zu liefern imstande sein werden.

Für jetzt wissen wir allerdings über die grosse Mehrzahl der akuten psychischen Giftwirkungen kaum mehr, als dass es sich hier in der Regel um deliriöse Zustände handelt. Im allgemeinen pflegen ausgeprägtere Trugwahrnehmungen auf den verschiedensten Sinnesgebieten, traumhafte, bunt wechselnde Einbildungen, vielfach mit lebhaften Lustgefühlen und Verzückungszuständen, meist ohne stärkere motorische Erregung, die Grundzüge der Krankheitsbilder zu liefern. Eine genauere Durchforschung derselben ist bisher fast nur für die gewohnheitsmässig gebrauchten Mittel, Alkohol, Morphium und Cocaïn, begonnen worden. Die einfache Beobachtung und Selbstbeobachtung hat sich aber gegenüber diesen Zuständen als so trügerisch erwiesen, dass wir von ihr irgend zuverlässige Aufschlüsse über die feineren Unterschiede der einzelnen Vergiftungsdelirien schlechterdings nicht erwarten können.

Wir werden uns daher darauf beschränken müssen, in wenigen Worten hier der hauptsächlichsten Formen zu gedenken. Zunächst wären die Delirien bei Vergiftung durch gewisse krankhafte Stoffwechselerzeugnisse zu erwähnen, deren bereits im allgemeinen Teile kurz gedacht worden ist. Dahin gehören die mit Sinnestäuschungen verbundenen Erregungszustände bei Tetanie und Morbus Basedowii, die schwere Unbesinnlichkeit bei Urämie, vielleicht auch die Delirien beim Phosphorikterus und so manche andere, noch unaufgeklärte Störung.

Unter den übrigen Giften erzeugt das Chloroform namentlich eine eigentümliche Bewusstseinstrübung mit einzelnen Gehörstäuschungen, das Santonin Gesichtshallucinationen und das „Gelbsehen“. Das Haschischdelirium*) dagegen scheint ganz

*) Warnock, Journal of mental science, XLII, 790.

besonders gewisse Störungen des Muskel- und Tastsinnes herbeizuführen, wie sie sich in den illusionären Veränderungen der äusseren und der Abmessungen des eigenen Körpers psychologisch widerspiegeln. Ausserdem entrückt der Opium- und der Haschischrausch den Kranken seiner wirklichen Umgebung, gaukelt ihm angenehme, traumartige Bilder und Erlebnisse vor und versetzt ihn in heitere, selbstzufriedene Stimmung. Die Stickstoffoxydulnarkose scheint denselben, abgesehen von der viel kürzeren Dauer, hinsichtlich der Färbung des Deliriums ähnlich zu sein; sie hat eine gewisse praktische Wichtigkeit erlangt wegen der bei ihr beobachteten Häufigkeit und Deutlichkeit geschlechtlicher Hallucinationen, welche schon mehrfach zu falscher Anschuldigung der narkotisierenden Zahnärzte geführt hat. Die Atropinvergiftung scheint neben einer sehr schweren Auffassungsstörung mit vereinzelten Sinnestäuschungen auch eine tiefgreifende Beeinträchtigung des Denkens (Verwirrtheit), heitere oder ängstliche Verstimmung und lebhafte motorische Unruhe zu erzeugen; nach kurzer Dauer erfolgt der Tod oder rasche Aufhellung des Bewusstseins ohne Erinnerung an das Vorgefallene. Auf eine eingehendere Schilderung aller dieser und so vieler ähnlicher deliriöser Zustände sowie ihrer körperlichen Begleiterscheinungen kann hier natürlich nicht eingegangen werden.

Die Dauer solcher Vergiftungsdelirien ist regelmässig eine kurze, selten einige Stunden oder höchstens Tage überschreitende; die Prognose richtet sich ganz nach der Schwere der Vergiftung überhaupt. Die Diagnose wird zumeist aus den begleitenden Umständen wie aus den körperlichen Zeichen gestellt werden müssen; die Behandlung ist einerseits eine ursächliche nach den von der Toxikologie vorgeschriebenen Grundsätzen; andererseits wird sie die Bekämpfung der Krankheitszeichen in ähnlicher Weise wie bei anderen deliriösen Zustände aufzunehmen haben.

2. Die chronischen Vergiftungen.

Die Zahl derjenigen Gifte, welche bei dauernder Einwirkung auf den Körper Störungen des Nervensystems und insbedere auch des Seelenlebens herbeizuführen vermögen, ist eine

sehr grosse. Hervorragende praktische Bedeutung haben indessen nur diejenigen unter ihnen erlangt, welche als Genussmittel, zur Erzeugung von Wohlbehagen, in Anwendung gezogen werden, da nur bei ihnen in der Wirkung des Mittels selbst die Anreizung zu häufiger Herbeiführung derselben gelegen ist. Vor allem aber sind es jene Gifte, deren Aussetzen unangenehme Störungen im Organismus, sog. „Abstinenzerscheinungen“, hervorruft, welche eine mit jeder Wiederholung sich steigernde und schliesslich zur unbezwinglichen Leidenschaft werdende Neigung erzeugen, immer von neuem den verderblichen Reiz einwirken zu lassen, der für den behaglichen Ablauf der Lebensvorgänge bereits unentbehrlich geworden ist. Wie die anthropologische Forschung lehrt, gibt es kaum ein einziges Volk, welches nicht durch irgend ein derartiges, gewohnheitsmässig angewandtes Genussmittel sich über die kleinen Sorgen und Mühen des Daseins hinwegzutäuschen verstände, und die Mannigfaltigkeit dieser giftigen Quellen des Wohlbehagens ist daher eine merkwürdig reiche. Für die psychiatrische Erfahrung in unserer Heimat kommen indessen naturgemäss nur einige wenige dieser Mittel in Betracht, von denen sich als die bei weitem wichtigsten der Alkohol, das Morphium und das Cocaïn herausheben lassen.

A. Der Alkoholismus*).

Die Einwirkung, welche die akute Alkoholvergiftung, der Rausch, auf unser Seelenleben ausübt, besteht, soweit bis jetzt bekannt ist, wesentlich in einer Erschwerung der Auffassung, Einprägung und Verarbeitung äusserer Eindrücke sowie in einer centralen Erleichterung der Auslösung von Willensantrieben. Die Wahrnehmung und Erkennung von Sinnesreizen**) ist verlangsamt und erschwert, ihre Zuverlässigkeit herabgesetzt. Ihre Aufbewahrung im Gedächtnisse geschieht unvollkommen und wird durch zahlreiche Fehlervorgänge beeinträchtigt, die namentlich aus einer Anregung sprachlicher Bewegungsantriebe zu ent-

*) Magnus Huss, Chronische Alkoholkrankheit oder Alkoholismus chronicus, deutsch von v. d. Busch. 1852; Magnan, de l'alcoholisme. 1874; v. Speyr, Die alkoholischen Geisteskrankheiten, Diss. 1882.

**) Ach, Psychologische Arbeiten, II, 203.

springen scheinen. Die fortlaufende Lösung einfacher Rechenaufgaben lässt ein deutliches Sinken der Leistungsfähigkeit erkennen. Auf sprachlichem Gebiete kommt es zu den ersten Andeutungen der Ideenflucht, zu einem sehr auffallenden Überwiegen derjenigen Vorstellungsverbindungen, welche durch die motorischen Bestandteile unserer Sprachvorstellungen vermittelt werden, der Wortzusammensetzungen, sprachlichen Reminiscenzen und Reime. Die Auslösung von Bewegungsantrieben ist erheblich erleichtert; so geht das rein mechanische, durch Sprachbewegungen vermittelte Auswendiglernen besser von statten. Die Wahl zwischen zwei Bewegungen wird überstürzt, häufig falsch und zuweilen bereits ausgeführt, bevor noch das massgebende Zeichen die Richtung der Bewegung bestimmen konnte.

Im weiteren Verlaufe und bei stärkeren Gaben des Giftes ergreift die Lähmung allmählich auch die psychomotorischen Leistungen. Beim Schreiben*) ist der Druck anfangs etwas erhöht, die Dauer der Pausen verkürzt, die Schnelligkeit der Schreibbewegungen selbst verlangsamt. Zugleich macht sich als erste Andeutung der Ataxie der Verlust des feinen Zusammenspiels zwischen Druck, Richtung und Schnelligkeit der Bewegung bemerkbar. Auch mit dem Sommerschen Zitterapparat**) hat sich die Entwicklung ataktischer Störungen nachweisen lassen. Bei der Untersuchung des Kniesehnenreflexes zeigt sich das Auftreten von erhöhter Muskelspannung und mangelhafter Dämpfung der ausgelösten Zuckung. Die Muskelkraft wird durch den Alkohol nur ganz kurze Zeit und in sehr unbedeutendem Masse gesteigert, darauf aber andauernd herabgesetzt, um so stärker, je grösser die an sie gestellten Anforderungen sind.***) Je höher die Alkoholgabe und je grösser die persönliche Empfindlichkeit gegen das Gift war, desto rascher und stärker machen sich überall die lähmenden Wirkungen geltend, bis sie schliesslich schon von Anfang an, wenige Minuten nach dem Genusse des Alkohols, deutlich in den Vordergrund treten. Nach allen diesen Richtungen hin bestehen übrigens, wie der Versuch ergibt, recht erhebliche persönliche Verschiedenheiten.

*) Mayer, Psychologische Arbeiten, III, 535.

**) Alber, Sommers Beiträge zur Psychiatrischen Klinik, I, 23.

***) Oseretzkowsky und Kraepelin, Psycholog. Arbeiten, III. 587.

Alle diese zunächst durch den Versuch gefundenen und genauer zergliederten Einzelheiten finden wir ohne weiteres in dem aus der täglichen Erfahrung bekannten Bilde des Rausches wieder. Schon sehr kleine Mengen Alkohol beeinträchtigen, wie alle guten Beobachter übereinstimmend angeben, deutlich die Fähigkeit zu höherer geistiger Arbeit. Wir vermögen unsere Gedanken nicht mehr so gut zu sammeln, längeren, verwickelteren Auseinandersetzungen nur ungenügend zu folgen. Bei stärkerer Vergiftung fällt die Erschwerung der Auffassung und der Verstandestätigkeit immer mehr ins Auge. Der Betrunkene versteht nicht mehr recht, was man ihm sagt und was um ihn herum vorgeht, vermag nicht zuzuhören, aufzupassen, irgend einen Gedankengang festzuhalten. Er verliert jedes Urteil über seine eigenen und fremde Verstandesleistungen, jeden Überblick über die Bedeutung und Tragweite seiner Handlungen. Gleichzeitig stellen sich gewisse inhaltliche Störungen im Ablaufe der Vorstellungsverbindungen ein. Einerseits fällt die Neigung zur Wiederholung derselben Wendungen, gewohnheitsmässiger Redensarten auf, andererseits die Freude an öden Reimereien, die an den Haaren herbeigezogenen Wortwitze, das Sprechen im Jargon, das Radebrechen in fremden Sprachen. Zum Schlusse geht die Fähigkeit zur Auffassung und geistigen Verarbeitung immer mehr verloren; der Berauschte wird unempfindlich und unbesinnlich bis zur vollständigen Bewusstlosigkeit. Die Erinnerung pflegt nach dem Verfliegen des Rausches auch für diejenigen Zeitabschnitte nur sehr mangelhaft zu sein, in denen der psychische Zusammenhang im Sprechen und Handeln noch bis zu einem gewissen Grade erhalten war.

Mit den Störungen der Verstandesleistungen hält die Entwicklung der psychomotorischen Reizerscheinungen gleichen Schritt. Sie beginnt mit jener leichten „Angeregtheit", wie wir sie schon bei kleinen Alkoholgaben empfinden, mit dem Wegfall der feinen Hemmungen, die im täglichen Leben unser Handeln und Benehmen jederzeit auf das genaueste regeln. Wir werden unbekümmerter, lebhafter, mutiger, fühlen uns sorgloser, ungebundener, sprechen und handeln freimütiger, aber auch rücksichtsloser. Wegen der Erleichterung der motorischen Auslösung erscheint uns unsere Kraft und Leistungsfähigkeit erhöht, im

Gegensatze zu deren messbarer Herabsetzung. Daher die leider weit verbreitete, vollkommen unrichtige Anschauung, dass der Alkohol „stärke“. Bei fortschreitender Berauschung nimmt die motorische Erregbarkeit zunächst noch zu. Die Ausdrucksbewegungen werden massloser; der Betrunkene fängt an, sich auffallend zu benehmen, überlaut zu sprechen, Reden zu halten, zu gröhlen, zu lärmen, auf den Tisch zu schlagen. Ein Wort, ein Einfall genügt, um irgend eine unsinnige Reaktion hervorzurufen, und es kommt auf diese Weise zu allerlei triebartigen, unüberlegten, ja verbrecherischen Handlungen, über deren Entstehungsweise der Täter sich selbst nachträglich kaum oder gar nicht Rechenschaft zu geben vermag. Das Ende bilden schwere Bewegungsstörungen, lallende Sprache, schwankender Gang, allgemeine Lähmung. Gudden fand nicht selten auch herabgesetzte Lichtreaktion der Pupillen bis zu fast völliger Starre.

Auf gemütlichem Gebiete entspricht dem ersten Abschnitte des Rausches ein entschiedenes Wohlbehagen, heitere, rosige Stimmung, Zurücktreten der Sorgen und Verdriesslichkeiten des Alltagslebens. Wir werden leichtlebiger, zugänglicher, liebenswürdiger. Sehr bald indessen steigert sich die Reizbarkeit. Es kommt nun leicht zu stärkeren Affektschwankungen, zu taktloser Überschwänglichkeit oder zu Zornausbrüchen und leidenschaftlichen Aufwallungen mit heftigen Ausschreitungen. Die höheren sittlichen Gefühle treten zurück; der Betrunkene wird roh, gemein, schamlos; die wachsende geschlechtliche Erregbarkeit führt ihn zu wüsten Ausschweifungen.

Der allgemeine Verlauf des Rausches wird in sehr verschiedener Weise beeinflusst durch die persönliche Eigenart. Bei grosser Ermüdbarkeit stellt sich die Lähmung auch auf motorischem Gebiete verhältnismässig früh und ohne ausgeprägtere Reizerscheinungen ein. Andererseits können bei Personen mit stärkerer gemütlicher Erregbarkeit gerade jene letzteren in den Vordergrund treten. Während dort rasch Schläfrigkeit und Stumpfheit die Oberhand gewinnen, kommt es hier sofort zu unbändiger Streitsucht, grobem Unfug und selbst blutigen Gewalttaten. Lebhafte Gemütserschütterungen können im ersteren Falle, bei Vorwiegen der Lähmungserscheinungen, zu plötzlicher Ernüchterung führen. Im letzteren Falle dagegen wird durch sie die Erregung

noch gesteigert, so dass unter dem Einflusse einer verhältnismässig sehr geringfügigen Alkoholmenge ganz unvermittelt die unsinnigsten und bedenklichsten Handlungen begangen werden.

Diese Formen der Alkoholwirkung pflegt man gemeinhin unter dem Namen der „Alkoholintoleranz" zusammenzufassen. Sie kann als Begleiterscheinung krankhafter Veranlagung angeboren sein, wird aber vielfach auch durch bestimmte Erkrankungen erst erworben. Vor allem ist es die hysterische und noch mehr die epileptische Veranlagung, die häufig eine verminderte Widerstandsfähigkeit gegen den Alkohol bedingen. Namentlich zur Zeit der epileptischen Verstimmungen bringen kleine Alkoholmengen oft genug schon sehr starke erregende Wirkungen hervor. Andererseits scheinen auch Kopfverletzungen die Empfindlichkeit gegen das Gift bedeutend zu steigern. Ferner sehen wir in der Paralyse, der Manie, der Dementia praecox ebenfalls nicht selten die erregenden Wirkungen des Alkohols in höchst unliebsamer Weise hervortreten. Endlich entwickelt sich auch bei alten Trinkern wieder eine Intoleranz, die bei verhältnismässig geringen Gaben schon schwere Vergiftungserscheinungen zum Ausbruche kommen lässt.

Das psychische Bild des Rausches kann bei der Alkoholintoleranz das gewöhnliche sein, allerdings meist unter stärkerer Betonung der Erregung. Gar nicht selten indessen gesellen sich zu den gradweisen Abweichungen auch ungewöhnliche klinische Zeichen, so dass man ein Recht hat, von „krankhaften Rauschzuständen"*) zu sprechen. Dahin gehört namentlich eine erheblichere Bewusstseinstrübung ohne schwere körperliche Lähmungserscheinungen, in der Regel begleitet von grosser Reizbarkeit, sinnloser Erregung oder der Neigung zu triebartigen Gewalttaten. In anderen Fällen treten geschlechtliche Antriebe in den Vordergrund und führen zu exhibitionistischen, hie und da auch zu homosexuellen Handlungen oder geschlechtlichen Angriffen. Eben dahin sind wohl die Beobachtungen zu rechnen, in denen die Neigung zu sinnlosen Brandstiftungen durch Alkoholgenuss wach-

*) Möli, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. LVII, 171; Heilbronner, Münchner Med. Wochenschr. 1901, 24.

gerufen wird. Auch ausgeprägte Sinnestäuschungen und lebhafte Angstzustände, die sonst dem Rausche fremd sind, können auf krankhaftem Boden, besonders bei alten Trinkern, die akute Alkoholwirkung begleiten („trunkfällige Sinnestäuschung") und äusserst gefährliche Handlungen auslösen.

Über die anatomischen Grundlagen der akuten Alkoholvergiftung hat uns der Tierversuch einige Aufschlüsse geliefert. Nissl konnte nachweisen, dass bei Kaninchen, die eine Reihe von Tagen hindurch möglichst grosse Alkoholmengen bekommen hatten, eine beträchtliche Zahl von Rindenzellen zu Grunde gegangen war. Es kommt zunächst zu einer Abblassung und unregelmässigen Einschmelzung der färbbaren Substanz. Dann wird der Kern kleiner, verliert seine rundliche Form, sein Kernkörperchen und schliesslich auch die Membran, um allmählich ganz zu verschwinden. Ähnliche Vorgänge beobachtete Dehio an den Purkinjeschen Zellen.

Die schwersten Störungen des Rausches pflegen sich verhältnismässig rasch wieder zu verlieren, doch lässt sich, wie früher erwähnt, dartun, dass eine Nachwirkung selbst bei mässiger Vergiftung noch 24—36 Stunden lang deutlich fortbestehen kann. Bei längerer Fortsetzung der Alkoholeinfuhr wird diese Nachwirkung eine dauernde. Es kommt zu einer allmählichen Umwandlung im psychischen Verhalten des Menschen, welche mehr und mehr in das Krankheitsbild des chronischen Alkoholismus hinüberführt.

Auch klinisch finden wir im chronischen Alkoholismus eine Reihe jener Züge wieder, die uns aus dem Rausche bekannt sind. Verhältnismässig am wenigsten pflegt zunächst die Beeinträchtigung der geistigen Leistungsfähigkeit in die Augen zu fallen. Indessen beginnt sich regelmässig beim Trinker eine merkliche Herabsetzung seiner Arbeitskraft herauszubilden. Eine wesentliche Rolle scheint dabei die Steigerung der Ermüdbarkeit zu spielen. Es wird ihm schwer, seine Aufmerksamkeit längere Zeit anzuspannen, neue, ungewohnte Eindrücke zu verarbeiten, sich in verwickeltere geistige Aufgaben hineinzufinden. Er liebt es daher, sich in bekannten Geleisen zu bewegen, hat weder Neigung noch Fähigkeit zu schöpferischer Gedankenarbeit. Infolgedessen verengt sich sein Gesichtskreis; seine geistige Ausbildung steht zunächst still, macht aber dann Rückschritte und

führt zur Verarmung seines Vorstellungsschatzes und Abnahme seiner Urteilsfähigkeit. Dieser Vorgang wird ganz besonders begünstigt durch die niemals fehlenden Störungen des Gedächtnisses. Schon der Versuch hat gezeigt, dass die Festigkeit, mit welcher der Lernstoff haftet, unter dem Einflusse einer einmaligen Alkoholgabe erheblich abnimmt. In noch höherem Masse ist das beim Gewohnheitstrinker zu bemerken. Er nimmt nicht nur die Eindrücke unklar und flüchtig in sich auf, sondern er vermag sich dieselben auch nur in den allgemeinsten Umrissen wieder zu vergegenwärtigen. Vielfach mischen sich geradezu leichtere oder schwerere Verfälschungen der Erinnerung ein. So kommt es, dass der Trinker Neues nicht mehr lernt, dass er wichtige Dinge vergisst und von seinen Erlebnissen vielfach ein ganz verzerrtes, verschwommenes Bild aufbewahrt.

Die Schwäche des Urteils und Erinnerungsvermögens gibt den günstigen Boden ab für die recht häufigen, mehr oder weniger ausgeprägten Wahnbildungen. Dieselben halten sich bald nur in dem Rahmen einer auffallenden Einsichtslosigkeit gegenüber dem eigenen Zustande und einer schwächlichen Selbstüberschätzung, bald erheben sie sich zu eigenartigen Beeinträchtigungsideen. In manchen Fällen werden sie unterstützt durch das Auftreten einzelner wirklicher Sinnestäuschungen, häufiger durch halbrichtige, wahnhaft gedeutete Trugwahrnemungen. In schweren Fällen kommt es schliesslich zur Entwicklung eines ausgeprägten Schwachsinns.

Bei weitem die wichtigste und folgenschwerste Erscheinung im Bilde des chronischen Alkoholismus ist die sittliche Verrohung des Trinkers, das allmähliche Schwinden jener tieferen Beweggründe des Handelns, welche die Einheitlichkeit und Geschlossenheit des Charakters bedingen. Der Trinker verliert mehr und mehr die Fähigkeit, nach feststehenden Grundsätzen zu handeln, und wird auf diese Weise zum willenlosen Spielball zufälliger äusserer Verlockungen, namentlich aber der immer unbezwinglicher werdenden Neigung zum Alkohol. In sehr naiver Weise pflegt er diese Willensschwäche einzugestehen, indem er als vollständig genügende Entschuldigung für seine Unmässigkeit die Tatsache anführt, dass man ihn zum Trinken aufgefordert, ihm etwas bezahlt habe, dass Wein „auf dem Tische stand“. Er

begreift gar nicht recht, wie man ihm aus dem Trinken einen Vorwurf machen kann. „Ich hab' doch für mein Geld getrunken", entschuldigte sich ein solcher Kranker. Fast alle Trinker fassen zeitweise den festen Entschluss, dem Alkohol, den sie mehr oder weniger klar als die Quelle ihres körperlichen, sittlichen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Unterganges erkennen, endgültig und für immer zu entsagen. „Ich kann's auch lassen," „ich trink' Milch und Selters," erklären sie siegesgewiss, bekräftigen vielleicht unaufgefordert ihre guten Vorsätze mit den heiligsten Versprechungen und Schwüren und fühlen sich beleidigt, sobald man leise Zweifel an der Aufrichtigkeit derselben äussert. Dennoch aber pflegt nahezu ausnahmslos bereits die erste beste Gelegenheit den schwachen Willen zu überwältigen und alle die auf Sand gebauten Vorsätze ohne weiteres über den Haufen zu werfen. Eine halbe Stunde später kann man sie nicht selten bereits wieder im Wirtshause sitzen sehen, und wenige Tage genügen, um auch die letzte Spur von Scham oder Reue über den schmählichen Wortbruch hinwegzuwischen. Ist es doch gerade der Alkoholdusel, der dem Trinker die Fähigkeit zu ruhiger Würdigung seiner Lage raubt und alle besseren Regungen in der rohesten Selbstsucht untergehen lässt. Das Ende ist die nur zu wohlbekannte Gestalt des Schnapslumpen.

Unter immer wiederholtem Siege der wachsenden Leidenschaft über das sich abstumpfende Pflichtgefühl schreitet der sittliche Niedergang des Trinkers mit Riesenschritten vorwärts. Die mächtigen Beweggründe der Ehrliebe, der Gatten- und Kinderliebe, der Scham verlieren ihre Wirkung über ihn. Er kümmert sich nicht mehr um das Wohl und Wehe seiner Angehörigen, gibt sie einfach dem Elend Preis, wird gleichgültig gegen ihre Bitten und Vorwürfe, sieht hilflos der wirklichen Untreue seiner Frau, der sittlichen Verwahrlosung seiner Kinder zu, lässt stumpf die gesellschaftlichen Massregelungen und die Verachtung seiner Standesgenossen über sich ergehen. Ohne Rücksicht auf seine Bildung, seine Stellung betrinkt er sich öffentlich, schliesst wahllos Duzbrüderschaften, verhandelt seine zartesten Familienangelegenheiten mit wildfremden Menschen. Meist entwickelt sich dabei ein gewisses erhöhtes Selbstgefühl, welches in wortreicher Ruhmredigkeit und handgreiflichen Prahlereien einen um so stärkeren

Ausdruck findet, je weniger der Kranke seine zwingendsten Pflichten zu erfüllen imstande ist. Ausserdem ist es der in seinen ersten Andeutungen schon dem einfachen Rausche angehörige Trinkerhumor, der in hohem Masse die Gemütslage dieser Kranken kennzeichnet. Ihnen ist die Fähigkeit verloren gegangen, ernste Dinge ernst aufzufassen; sie schwanken im dunklen Gefühle ihrer Willensschwäche zwischen unmännlicher Weinerlichkeit und würdeloser Unbekümmertheit, die auch in der eigenen Erniedrigung nur die komische Seite empfindet. Wer wird hier nicht an die geräuschvolle Fröhlichkeit erinnert, mit welcher eine angeheiterte Tafelrunde auch die gewagtesten Verletzungen der eigenen Würde zu begleiten pflegt!

Es gibt wohl kaum einen einzigen ausgebildeten Trinker, welcher sich selber irgendwelche Verschuldung an seiner Trunksucht beizumessen geneigt wäre. Viele stellen überhaupt trotz der beweisendsten Anzeichen das Trinken schlankweg in Abrede und suchen die allenfalls gelegentlich genossenen Alkoholmengen als äusserst harmlos und in bedeutend verkleinertem Massstabe hinzustellen; sie haben nur so viel getrunken, „wie sich's gehört", weisen namentlich darauf hin, dass sie niemals oder doch nur selten wirklich „betrunken" gewesen seien, eine Beweisführung, welche selbst bei Voraussetzung völliger Glaubwürdigkeit angesichts des sehr persönlichen Massstabes und der sehr verschiedenen Empfindlichkeit gegen den Alkohol nur geringen Wert hat. Andere geben zwar mit einigen Umschweifen ihre Unmässigkeit zu, stellen dieselbe jedoch als durchaus notwendig, durch ihre besonderen Lebensverhältnisse bedingt dar. „Wie kann man ohne Wein und Bier schwer arbeiten!" sagte mir ein Lastträger; die andern würden ihn ja auslachen, wenn er nicht tränke. Es ist ungemein bezeichnend, dass kein einziger Beruf sich völlig unfruchtbar an zwingenden Beweggründen für den Alkoholgenuss erweist. Während den Schmied, den Schlosser, den Glasarbeiter die Hitze des Feuers zur Schnapsflasche treibt, tut beim Droschkenkutscher, beim Nachtwächter die nächtliche Kälte denselben Dienst; die Metzger „trinken alle"; die Kaufleute müssen „wegen der Kundschaft" trinken. Die Ziegelarbeiter finden beim Kneten in der Nässe, die Müller und Maurer beim Einatmen des trockenen Staubes ihre

Rettung im Trinken, ja ein Angestellter einer Dampfschifffahrtsgesellschaft gab mir an, dass man „in einem so grossen Geschäft“ ohne den Alkohol nicht auskommen könne. Die Überzeugung von der unbedingten Notwendigkeit des Alkoholgenusses sitzt in der Regel so fest, dass die Trinker allen Einwendungen das äusserste Misstrauen entgegenbringen. „Ach, gehen Sie, Herr Doktor, der Herr Professor trinkt auch seinen Schoppen,“ sagte ein Trinker, als er vom Arzte auf mein Beispiel völliger Enthaltsamkeit hingewiesen wurde.

Fast noch häufiger, als durch die Beschäftigung, wird die Trunksucht durch wirtschaftliche und häusliche Verhältnisse begründet. Bald ist es der Kummer über den Rückgang des Verdienstes, das Aufkommen eines „Konkurrenten“, über den Verlust einer Stellung, den Tod eines Angehörigen, bald ist es die schlechte Wohnung oder die ungenügende Ernährung, vor allem aber das unglückliche eheliche Leben, welches den Trinker nach seiner Angabe zum Schnapsmissbrauche getrieben hat. „Die Frau hätte sollen zart und liebevoll sein, wenn ich getrunken hatte,“ meinte ein solcher Gatte. Regelmässig ergibt sich hier bei genauer Nachforschung, dass der Zusammenhang ein umgekehrter gewesen ist, dass die angeblichen Ursachen der Trunksucht in Wirklichkeit als mittelbare oder unmittelbare Folgen derselben angesehen werden müssen.

Eine Teilerscheinung der sittlichen Verrohung bildet die Erhöhung der gemütlichen Reizbarkeit, namentlich während der Alkoholwirkung. Aus ihr entwickelt sich dann die berüchtigte Streitsucht der Trinker, ihre Neigung zu unflätigem Schimpfen, raschen Gewalttaten und Rohheiten, Misshandlungen der Angehörigen, zwecklosen Zerstörungen. In bemerkenswertem Gegensatze zu der Rücksichtslosigkeit und Heftigkeit des Trinkers in seinen häuslichen Verhältnissen steht die Gefügigkeit und Lenksamkeit desselben bei längerer Enthaltsamkeit unter dem Drucke äusseren Zwanges in der Irrenanstalt, im Gefängnisse u. s. w. Dem Unerfahrenen erscheint es oft vollkommen unbegreiflich, wie es denn möglich war, dass der anscheinend ganz ruhige und gutmütige Mensch in der Freiheit so rohe und unsinnige Gewalttaten begehen konnte. Sehr eigenartig ist dabei vielfach der reumütige, ja süssliche Ton der Briefe, welche von Beteuerungen,

guten Vorsätzen und frommen, erbaulichen Redensarten strotzen, während ein Entlassungsversuch binnen kürzester Frist die ganze Haltlosigkeit des Trinkers aufs deutlichste vor Augen führt.

Regelmässig entwickelt sich endlich beim Trinker im Laufe der Zeit eine gewisse Unruhe und Unstetigkeit. Er kann nicht lange stillsitzen, treibt sich gern ziellos herum, in den Kneipen oder auf der Landstrasse. Seine Arbeitsfähigkeit zeigt daher eine sehr bedeutende Abnahme, nicht nur, weil häufige Räusche die Stetigkeit der Beschäftigung durchbrechen, sondern namentlich auch, weil er zu jeder nachhaltigen und länger dauernden Anstrengung seiner körperlichen und geistigen Kräfte unfähig geworden ist. Infolgedessen pflegt es mit seinen wirtschaftlichen Verhältnissen rasch bergab zu gehen. Er verdient wenig oder gar nichts mehr, verbraucht aber verhältnismässig viel und greift nun zu allerlei Auskunftsmitteln, um sich das Geld zum Trinken zu verschaffen. Zunächst hört er auf, für seine Familie zu sorgen, sucht im Gegenteil noch von ihr so viel wie möglich zu erpressen. Mehr und mehr bevorzugt er die Getränke, die ihn am raschesten und billigsten in den Rauschzustand versetzen, treibt sich in den schmutzigsten Winkelkneipen und in der verkommensten Gesellschaft herum. Sobald der Kredit bei Kneipwirten und Saufkameraden erschöpft ist, geht es ans Versetzen und Verkaufen des persönlichen, dann aber auch des Eigentums der Angehörigen, und häufig genug schliesst die weitere Laufbahn mit Bettel und Landstreicherei, mit Zechprellereien, Schwindeleien, Betrügereien, mit Hehlerei und Diebstahl ab. Möli berichtet, dass unter 588 von ihm aufgenommenen Trinkern nahezu 45 % wegen Körperverletzung, Beleidigung, Hausfriedensbruch, Widerstands, Bettelns oder Diebstahls bestraft worden waren. In dieser Tatsache treten die akuten wie die Dauerwirkungen des Alkohols deutlich genug hervor.

Von den allgemeinen Störungen, welche der chronische Alkoholismus in den verschiedensten Organen des Körpers regelmässig erzeugt, sollen hier die vielfachen alkoholischen Organerkrankungen nur kurz erwähnt werden, die Herzverfettung, der Magenkatarrh, die Lebercirrhose, die Nierenschrumpfung, endlich die tiefgreifenden Veränderungen in der Zusammensetzung des Blutes. Häufig wird alimentäre Glykosurie beobachtet, namentlich unter unmittelbarer Alkoholwirkung. Im Gehirne finden sich Gefäss-

erkrankungen mit dauernden Kreislaufstörungen und deren Folgezuständen, Blutaustritte, besonders im centralen Höhlengrau, Trübungen und Verdickungen der Hirnhäute, Pachymeningitis, endlich mehr oder weniger schwere Veränderungen an den Nervenzellen. Nissl fand bei chronisch mit Alkohol vergifteten Kaninchen leichte Verdickung der Pia, besonders an der Basis, und Vermehrung der Glia. In der Rinde waren zahlreiche Zellen zerstört; daneben zeigten sich ausgebreitete, eigenartige Veränderungen, deren Deutung allerdings zur Zeit noch nicht ganz feststeht. An den peripheren Nerven entwickeln sich bekanntlich recht häufig neuritische Erkrankungen. Den klinischen Ausdruck aller dieser Veränderungen im Bereiche des Nervensystems bilden zunächst Schwindel und Kopfschmerzen, ein sehr feinschlägiges Zittern an Zunge und gespreizten Fingern, die bekannten neuritischen Störungen, Schwäche der Arme und Beine, Unsicherheit beim Stehen und Gehen, Muskelatrophie, schmerzhafte Druckpunkte, Anästhesien, Hyperästhesien, Parästhesien. Die Reflexe sind vielfach gesteigert, seltener erloschen. Am Opticus hat man ebenfalls eine alkoholische Neuritis (Abblassung der temporalen Papillenhälfte) kennen gelernt; bisweilen bestehen Augenmuskellähmungen.

Bei einer grösseren Anzahl von Trinkern werden epileptische Anfälle beobachtet, sowohl im Anschlusse an schwere Räusche wie im einfachen Verlaufe des chronischen Alkoholismus, selbst nach längerer Enthaltsamkeit. Am häufigsten aber ist das Eintreten solcher Anfälle vor oder während eines Delirium tremens. In Berlin, wo die Alkoholepilepsie besonders oft aufzutreten scheint, fanden sich nach den Zusammenstellungen von Fürstner, Möli, Siemerling epileptische Anfälle bei Trinkern in etwa 30—35 %, bei den chronischen alkoholischen Geistesstörungen nur in 10 % der Fälle. Gegenüber diesen Erfahrungen hat Wildermuth angegeben, dass er nur in 1,4 % bei den von ihm beobachteten Epileptikern die Krankheit ausschliesslich auf Alkoholmissbrauch zurückführen konnte; in allen übrigen Fällen bestanden entweder von Jugend auf schon die Zeichen einer epileptischen Veranlagung, oder es wirkten noch andere Ursachen ein, die erfahrungsgemäss Epilepsie zu erzeugen imstande sind. Er kommt daher zu dem Schlusse, dass der Alkohol in der über-

wiegenden Mehrzahl der Fälle die Epilepsie nur auslöse, nicht aber hervorbringe. Ähnliche Anschauungen hat schon Magnan vertreten, der für die epileptischen Anfälle der Trinker auf Grund seiner Tierversuche überhaupt nicht den Alkohol, sondern das Absinthöl verantwortlich machte, eine Ansicht, die indessen in Deutschland schon deswegen keinen Anklang gefunden hat, weil bei uns die Alkoholepilepsie trotz fast gänzlichen Fehlens von Absinthmissbrauch überaus häufig ist. Dagegen scheint allerdings besonders das Schnapstrinken die Entstehung epileptischer Krämpfe zu begünstigen. Möli fand dieselben in 40 % bei Schnapstrinkern, aber nur bei 5 % derjenigen Personen, die neben Bier und Wein fast keinen Schnaps zu sich nahmen.

Um nun den grossen Widerspruch zu lösen, der zwischen der Häufigkeit von Krampfanfällen bei Trinkern und der Seltenheit wirklich durch Alkohol verursachter Epilepsie besteht, vertritt Wildermuth die ebenfalls schon von Magnan ausgesprochene Ansicht, dass die Krampfanfälle der Trinker wie die urämischen oder paralytischen Anfälle nicht als echte Epilepsie aufzufassen seien. Zu dem gleichen Ergebnisse gelangte Wartmann*), der bei einer grösseren Anzahl von Epileptikern die Entstehungsgeschichte der Krankheit prüfte. Eine wichtige Stütze erhält dieser Satz gerade durch die häufige Verbindung der Anfälle mit dem Delirium tremens, das wir Ursache haben, auf das Eintreten einer eigenartigen Vergiftung zurückzuführen. Besonderes Gewicht möchte ich auch auf die Tatsache legen, dass die Epilepsie im Gefolge schwerer Trunksucht gewisse klinische Eigentümlichkeiten zeigt, die sie von anderen Formen unterscheiden. Die Krampfanfälle sind nicht häufig, oft nur ganz vereinzelt, aber immer ungemein schwer. Dagegen scheinen mir die sonstigen Erscheinungsformen der Epilepsie, die Absencen, Ohnmachten, Verstimmungen, Dämmerzustände, zu fehlen, wenn wir nicht, was freilich oft genug vorkommt, eine Verbindung von echter Epilepsie mit Alkoholismus vor uns haben. In diesem letzteren Falle bestehen die Zeichen der Epilepsie, wenn auch oft in abgeschwächter Form, nach dauernder Alkoholentziehung fort, während die Alko-

---

*) Wartmann, Archiv f. Psychiatrie, XXIX, 933; Wildermuth, Zeitschr. f. d. Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer, 1897, Mai, 49; Neumann, Über die Beziehungen zwischen Alkoholismus und Epilepsie. 1897. (Literatur.)

holepilepsie durch die Enthaltsamkeit ziemlich rasch zu verschwinden pflegt, wenn sich nicht schon ein schweres, unheilbares Siechtum entwickelt hat. Dass übrigens der Alkoholismus der Eltern eine der wichtigsten Ursachen der Epilepsie bei den Kindern bildet, wird von allen Seiten bestätigt und späterhin näher ausgeführt werden. Andererseits fand Möli, dass bei 7% seiner Trinker schon vor der Entwicklung des Alkoholismus Epilepsie bestand. Auf die Beziehungen des Alkoholismus zur Hysterie ist in neuerer Zeit bei uns besonders von Lührmann hingewiesen worden. Er fand unter 60 männlichen Hysterischen 16, bei denen die Erscheinungen wesentlich durch Alkoholismus ausgelöst wurden. Es handelte sich meist um Dämmerzustände mit den Stigmata der Hysterie, Hemianästhesien, Sehstörungen, Krampfanfällen. Die eigentliche Ursache des Leidens lag hier wohl immer in der krankhaften Veranlagung, die durch die Schädigung des Alkoholismus zu weiterer Entwicklung gebracht wurde.

Einen sehr verderblichen Einfluss scheint die Alkoholdurchseuchung auch auf die Fortpflanzungsorgane auszuüben. Abgesehen von der Impotenz, die sich trotz gesteigerter geschlechtlicher Erregbarkeit allmählich einzustellen pflegt und leicht zu Eifersucht und zu unzüchtigen Handlungen führt, wird auch die Entwicklung des kommenden Geschlechtes durch die Trunksucht empfindlich geschädigt. Féré konnte durch Einwirkung von Alkoholdämpfen auf Hühnereier Missbildungen erzeugen. Wie schon früher erwähnt, wissen wir, dass die Nachkommen der Trinker in hohem Grade der Gefahr körperlicher und geistiger Verkümmerung ausgesetzt sind, und dass auch ausgeprägte Geistesstörungen, namentlich Epilepsie und Idiotie, bei ihnen auffallend häufig sind. Sehr beachtenswert ist die Angabe von Sullivan*), der die Kindersterblichkeit bis zum Ende des zweiten Lebensjahres bei nüchternen Müttern auf 23,9, bei trunksüchtigen dagegen auf 55,8% berechnen konnte; in mehr als der Hälfte der Fälle erfolgte der Tod hier unter Krämpfen. Mit fortschreitender Trunksucht bei derselben Mutter nahm die Kindersterblichkeit zu; sie betrug bei der ersten Schwangerschaft durchschnittlich 33,7%, bei der 6. bis 10. sogar 72,0%.

---

*) Sullivan, Quarterly journal of inebriety, 1900, 1.

Umgekehrt lässt sich feststellen, dass unter den Ursachen des chronischen Alkoholismus die angeborene oder ererbte Veranlagung eine nicht geringe Rolle spielt. Die Neigung zum Trinken wird in hohem Masse auf die Nachkommenschaft übertragen, wahrscheinlich in Form einer verringerten sittlichen Widerstandsfähigkeit überhaupt. Unter den von mir in den letzten Jahren beobachteten Trinkern waren $^3/_4$ in irgend einer Weise erblich belastet; in der Hälfte dieser letzteren Fälle war der Vater Trinker gewesen. Eine gewisse ursächliche Bedeutung ist wohl auch schweren Kopfverletzungen zuzuschreiben, namentlich, insofern sie die Widerstandsfähigkeit gegen die Alkoholwirkungen herabsetzen. Möli fand Kopfverletzungen in der Vorgeschichte seiner Trinker bei 22 %. Zola hat diese Beziehungen in seinem „Totschläger" vortrefflich geschildert. Männer sind unvergleichlich mehr gefährdet als Frauen; unter den von mir zusammengestellten Fällen befanden sich kaum 6 % Frauen. In Wien fand Hirschl unter den geisteskranken Männern 30 %, unter den Frauen nur 4,4 % Alkoholisten. Die Verführung zum Alkoholismus wird insbesondere durch staatliche Einrichtungen und gesellige Gewohnheiten in mehr als ausreichender Weise besorgt. Namentlich die Zeiten „flotten" Lebensgenusses fordern unter den haltlos veranlagten Personen ihre sicheren Opfer. Ungemein stark sind aus naheliegenden Gründen die Angehörigen der Alkoholgewerbe gefährdet, die Bierbrauer, Schnapsbrenner, Küfer, die Weinreisenden, Wirte und Kellner. Ihre Sterblichkeit übertrifft daher diejenige aller anderen Berufe um mindestens die Hälfte. Gerade sie hätten somit die allertriftigsten Gründe, den Kampf gegen den Alkohol aufzunehmen.

Neben der allbereiten Verführung, die das Alkoholbedürfnis bis in das entlegenste Dorf hinein weckt und zu befriedigen weiss, ist es die Not, das Elend, namentlich aber die verhängnisvolle Gedankenlosigkeit und Unwissenheit der Massen, welche sie wehrlos dem für unentbehrlich gehaltenen Missbrauche in die Arme treiben. Tagtäglich trinken Tausende und Abertausende gerade deswegen Wein, Bier oder Schnaps, weil sie davon überzeugt sind, dass der Alkohol die körperliche Leistungsfähigkeit erhöhe, eine „Stärkung" des Organismus bewirke. Wenn diese Anschauung schon für die akute Alkoholwirkung durch die Mes-

sung im wesentlichen widerlegt wird, so ist sie für den dauernden Gebrauch geistiger Getränke zweifellos grundfalsch. Gegen diesen gefährlichen Unfug, an dem wir Ärzte zum guten Teil mit Schuld tragen, kann nicht tatkräftig genug zu Felde gezogen werden. Gar nicht selten knüpft sich die Entwicklung des chronischen Alkoholismus geradezu an das zum Frühstück verordnete Gläschen Portwein oder Sherry an. So beobachtete ich kurz hintereinander zwei Frauen, welche dadurch schwerer Trunksucht verfallen waren, dass ihnen vom Arzte „zur Stärkung" nach hartnäckigen Blutungen der regelmässige Genuss alkoholreichen Weines empfohlen wurde.

Besonders verhängnisvoll für die Entwicklung alkoholischer Gewohnheiten ist natürlich die Darreichung geistiger Getränke an Kinder. Durch vielfache Umfragen der Lehrer ist nachgewiesen, dass noch immer die Mehrzahl der Schulkinder mehr oder weniger häufig Alkohol bekommt. Bayr fand, dass von 591 Kindern nur 134 keine geistigen Getränke genossen hatten, während 219 täglich, 74 sogar mehrmals täglich Alkohol zu sich nahmen. Dabei zeigte sich unzweideutig, dass jene ersteren die besten, diese dagegen die schlechtesten in der Schule waren. Schon bei ganz kleinen Kindern hat man die ausgeprägten körperlichen und psychischen Veränderungen des chronischen Alkoholismus, sogar Delirium tremens beobachtet!

Die Mengen alkoholischer Getränke, welche der Einzelne zu sich nimmt, sind sehr verschieden. Manche Personen vertragen von vornherein sehr wenig, und umgekehrt scheint sich auch bei alten Trinkern bisweilen wieder eine verminderte Widerstandsfähigkeit gegen den Schnaps einzustellen. Andererseits berichtet Siemerling*) von einem Arbeiter, der in 24 Stunden drei Liter Nordhäuser mit Bittern, von einem andern, der zwei Liter Spiritus mit Kümmel trank, sowie von einer Reihe ähnlicher Leistungen. Der Schnaps ist überall bevorzugt.

Die Prognose des ausgeprägten chronischen Alkoholismus ist gewöhnlich eine sehr trübe. Allerdings vermag man durch rechtzeitiges, zielbewusstes Eingreifen in einer Anzahl von Fällen die dauernde Entwöhnung vom Alkohol durchzusetzen und damit

---

*) Siemerling, Charité-Annalen, XVI, 373. 1891.

die durch ihn erzeugten Störungen zum Verschwinden zu bringen. Die freilich noch nicht sehr ausgedehnten Erfahrungen der Trinkerasyle scheinen zu zeigen, dass immerhin ein Drittel bis die Hälfte derjenigen Kranken, welche sich einer längeren, planmässigen Behandlung unterwerfen, dauernd und vollständig geheilt werden, während ein gleicher Bruchteil wenigstens eine sehr wesentliche, anhaltende Besserung erfährt. In der Trinkerheilanstalt Ellikon ist die Zahl der dauernd enthaltsam gebliebenen Kranken von 26,3% 1889 sogar auf 59,3% im Jahre 1901 gestiegen*). Allerdings dürfte die Tatsache, dass auch die „geheilten" Trinker eine geringe Widerstandsfähigkeit gegen die willensschwächenden Wirkungen des Alkohols zu zeigen pflegen, dafür sprechen, dass ein gewisser Rest der alkoholischen Veränderungen dauernd zurückgeblieben ist. Leider hat die Behandlung der Alkoholisten heute noch mit sehr grossen praktischen Schwierigkeiten zu kämpfen, zu deren Beseitigung bis jetzt nicht mehr als die ersten Schritte haben getan werden können. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle sinkt daher der Gewohnheitstrinker nach jeder Richtung hin allmählich tiefer und immer tiefer, bis zum völligen körperlichen und geistigen Verfall, wenn nicht irgend eine der zahlreichen, seinen geschwächten Körper vor allem bedrohenden Krankheiten (Pneumonie, Apoplexie, Nephritis) das Ende schon früher herbeiführt.

Die Erkennung des Trinkers ist in den vorgeschritteneren Stadien sehr leicht. Abgesehen von dem vernachlässigten, heruntergekommenen Äusseren, welches in lebhaftem Widerspruche mit seiner gesellschaftlichen Stellung zu stehen pflegt, deuten die schwimmenden Augen, das gedunsene, häufig durch kleine erweiterte Venen gerötete Gesicht, die stark belegte, oft zitternde Zunge, ein feines Zittern der gespreizten Finger und der fuselige Geruch des Atems unverkennbar auf die chronische Vergiftung hin. Vielfach fällt frühzeitiges Altern auf. Die genauere Prüfung lässt ausserdem fast immer leichtere oder schwerere neuritische Zeichen entdecken, besonders an den Beinen. Seltener gelingt auch der Nachweis einer der sonstigen, dem chronischen Alkoholismus eigentümlichen Organerkrankungen.

---

*) Oberdieck, Archiv für Psychiatrie, 1897, 2.

Die einzige Aufgabe, welche die Behandlung des chronischen Alkoholismus zu lösen hat, ist die Herbeiführung einer dauernden, völligen Enthaltsamkeit vom Alkohol in jeder Form. Alle Versuche, den ausgeprägten Trinker etwa zu einem mässigen Genusse geistiger Getränke zurückzuführen, scheitern erfahrungsgemäss an dem Umstande, dass eben gerade der Alkohol die Selbstbeherrschung vernichtet, die Ausführung unüberlegter Handlungen begünstigt und zu Ausschreitungen verführt. Wer einmal, sei es aus Anlage oder durch äussere Verhältnisse, zum Trinker geworden ist, kann nur durch bedingungslose Enthaltsamkeit den Gefahren eines Rückfalles entgehen, schon aus dem Grunde, weil jene letztere unvergleichlich leichter durchzuführen ist, ausserordentlich viel geringere Anforderungen an die Willenskraft stellt, als das Einhalten irgendwie vorgeschriebener Mässigkeitsgrenzen. Wenn mir demnach auch die grundsätzliche Verdammung jedes Alkoholgenusses für den gesunden Menschen wesentlich den Wert eines sittlichen Beispiels zu haben scheint, so muss für den Trinker die unverbrüchliche Bewahrung voller Enthaltsamkeit als die notwendige Vorbedingung seiner Wiederherstellung betrachtet werden.

In einer grossen Anzahl von Fällen empfinden die Kranken ihre hilflose Ohnmacht gegenüber dem Genussmittel stark genug, um selbst den hier angedeuteten, einzig möglichen Ausweg aus ihrem Zustande einzuschlagen. Bei kurzem Bestande des Leidens und grosser ursprünglicher Willenskraft kann die Entziehung sogar ohne weiteres äusseres Hilfsmittel von dem Kranken durchgeführt und die Enthaltsamkeit dauernd, je länger, um so leichter, festgehalten werden. Sehr häufig indessen sind die Trinker von vornherein oder infolge ihres Alkoholismus so willensschwach, dass sie den in ihren häuslichen Verhältnissen, ihrem Berufe, ihrem Verkehr liegenden Verführungen nicht aus eigener Kraft zu widerstehen vermögen. In solchen Fällen passt die Verbringung in ein „Trinkerasyl", wie sie heute, allerdings in noch gänzlich ungenügender Zahl, bereits in den meisten Ländern bestehen*). Leider

*) Tilkowski, Jahrbücher f. Psychiatrie, 1893, XII; Sérieux, Bull. de la société de méd. mentale Belgique, März, Juni 1895; Schmidt, Allgem. Zeitschr. f. Psych., LVII, 92; Möli, ebenda, LVIII, 588; Colla, Die Trinkerversorgung unter dem Bürgerlichen Gesetzbuche. 1899.

wird die Durchführung dieser Massregel durch die Gleichgültigkeit und Verblendung der Umgebung vielfach verhindert. Namentlich die Ärzte, die doch in erster Linie berufen wären, hier belehrend und aufklärend zu wirken, stehen in der Alkoholfrage durchaus nicht auf der Höhe ihrer Aufgabe. Kommt es doch alle Tage vor, dass selbst in Anstalten für Nerven- oder Geisteskranke den Trinkern ganz harmlos nach wie vor der regelmässige Genuss geistiger Getränke gestattet wird. Ich kenne solche Beispiele am grünen Holze in Menge.

Endlich aber gibt es auch Trinker genug, denen die Einsicht in ihr eigenes Elend sowie das Streben, sich aus demselben zu befreien, völlig fehlt, oder welche aus anderen Gründen (Wahnideen) jedem Versuche einer Freiheitsbeschränkung heftigen Widerstand entgegensetzen. Die zwangsweise Durchführung der Entziehung bei solchen Menschen kann heute nur in der Weise geschehen, dass sie in eine Irrenanstalt verbracht werden, da die wenigen bestehenden Trinkerasyle nicht das Recht haben, ihre Kranken gegen deren Willen festzuhalten. Allerdings betrachtet unsere Gesetzgebung den Trinker im allgemeinen nicht als geisteskrank, wenn nicht eine der später zu schildernden ausgeprägteren Störungen sich entwickelt hat. Dagegen liefert die Bestimmung des Bürgerlichen Gesetzbuches über die Entmündigung wegen Trunksucht wenigstens mittelbar eine Handhabe, den einsichtslosen Trinker auch gegen seinen Willen einer Behandlung zu unterziehen. Leider wird der Wert dieser Handhabe, die dem Vormunde gestattet, den Aufenthaltsort des Entmündigten zu bestimmen, dadurch erheblich eingeschränkt, dass der Entmündigungsantrag nicht von Amts wegen, sondern nur von den nächsten Angehörigen, zumeist also der Frau, gestellt werden kann. Gerade die Frau des verkommenen Trinkers, die von seiner Rache am meisten zu fürchten hat, pflegt mit dem äussersten Schritte zu zögern, so lange sie irgend kann. Ohne Zweifel aber hat der Staat ein sehr dringendes, wenn auch keineswegs klar verstandenes Interesse an einer möglichst frühzeitigen und gründlichen Behandlung der Trinker, nicht nur, weil sie eine erhebliche Gefahr für ihre nächste Umgebung wie für die allgemeine Sittlichkeit und eine grosse wirtschaftliche Last bedeuten, sondern auch deswegen, weil nur bei rechtzeitigem Eingreifen befriedigende Heilerfolge zu er-

reichen sind. Ist die Alkoholverblödung über ein gewisses Mass fortgeschritten, so ist jeder Heilversuch aussichtslos, weil den Kranken sowohl das Verständnis für ihren Zustand wie die Willenskraft fehlt, sich aus ihm zu befreien. Da solche Kranke nicht mehr in die Trinkerheilanstalten passen, auch wenn sie sich zum Eintritte in eine solche überreden lassen, so hat man vorgeschlagen, eigene Anstalten für unheilbare Trinker zu errichten. So notwendig mir die Trennung der heilbaren Trinker von den Geisteskranken aus vielfachen Gründen erscheint, so wenig kann ich einen Grund sehen, die verblödeten Alkoholisten nicht in den Irrenanstalten zu verpflegen; sie gehören dahin ebenso gut wie die Kranken mit andersartigen erworbenen Schwächezuständen.

Die Entziehung des Alkohols kann in der Regel eine ganz plötzliche sein. Es scheint zwar, dass hie und da, namentlich in der Haft, „Abstinenzdelirien“ auftreten, doch verlaufen sie einerseits in der Regel sehr leicht; andererseits ist es zweifelhaft, ob man ihnen durch Alkoholdarreichung vorbeugen kann, da ja häufig genug Delirien trotz fortgesetzten Trinkens beobachtet werden. Schwerere Störungen habe ich nur in einem einzigen Falle durch unvermittelten Wegfall des gewohnten Alkohols eintreten sehen. Es handelte sich um einen jungen Mann mit einem Herzfehler, welchem in der Heilanstalt, die er wegen seiner Trunksucht aufgesucht hatte, ärztlicherseits täglich eine Flasche Kognak verordnet worden war. Meist pflegen sich die geringen anfänglichen Störungen, Schlaflosigkeit, einzelne Sinnestäuschungen, Appetitlosigkeit ganz überraschend schnell erheblich zu bessern oder völlig zu verlieren. Die weitere Erholung schreitet dann ohne Zwischenfall vorwärts. Die Kranken fühlen sich ungemein wohl, kräftig und leistungsfähig; dabei stellt sich gewöhnlich ein sehr starker Appetit ein, unter dessen Einfluss sich das anfänglich sinkende Körpergewicht meist bedeutend hebt. Gleichwohl sollte die Dauer der Anstaltsbeaufsichtigung in einigermassen schweren Fällen nicht unter $^3/_4$—1 Jahr, nach Rückfällen noch längere Zeit betragen, da namentlich die psychische Widerstandsfähigkeit immer noch erheblich geschwächt bleibt, auch wenn der Kranke in allen übrigen Beziehungen, selbst hinsichtlich seiner Krankheitseinsicht, schon vollständig genesen erscheint. Hie und da sieht man übrigens erst nach vielmonatigem, zunächst wider-

willigem Anstaltsaufenthalte doch allmählich ein besseres Verständnis für die Sachlage und damit Zugänglichkeit für die Bemühungen des Arztes zu stande kommen. Alle diese Umstände spielen, ebenso wie die Persönlichkeit des Kranken überhaupt und seine äusseren Verhältnisse, eine wichtige Rolle für die Abmessung der Behandlungsdauer.

In leichteren Fällen kann unter Umständen schon der längere Aufenthalt in einer völlig abstinenten Familie zur Wiederherstellung genügen, wenn auf beiden Seiten guter Wille und richtiges Verständnis für die Aufgabe vorhanden ist. Natürlich ist auch hier eine beständige Überwachung und Begleitung des Kranken unerlässlich, mindestens in den ersten Monaten. Eine solche Familienbehandlung wird öfters auch zweckmässig nach der Anstaltsbehandlung als Übergang zur völligen Selbständigkeit eingeschoben, namentlich wo die eigenen häuslichen Verhältnisse des Kranken nicht sehr günstige sind. Überhaupt soll die Wiedereinführung des genesenden Trinkers in das Leben nicht plötzlich, sondern ganz allmählich geschehen, um das Selbstvertrauen des Kranken zu kräftigen und seine Widerstandsfähigkeit zu erproben. Branntweinbrennern, Weinreisenden, Schankwirten u. s. f. ist eine Änderung ihres Berufes dringend anzuraten. Zur Erleichterung und Befestigung der Alkoholentwöhnung ist in neuerer Zeit mehrfach mit Erfolg auch die hypnotische Suggestion mit herangezogen worden (Forel).

Eine ungemein wichtige Rolle in der Behandlung der Trinker ist den Enthaltsamkeitsvereinen zuzuschreiben. Gerade wegen der Willensschwäche, die der Alkohol erzeugt, bildet der Rückhalt, den die Vereinigung bietet, ein sehr wertvolles Hilfsmittel im Kampfe mit der Verführung. Die durch das Vereinsleben, durch den Gedankenaustausch, die eigenartige Literatur erzeugte Begeisterung für den Kampf gegen den Alkohol ist durchaus notwendig zur Rettung jener ungezählten Scharen, welche vereinzelt, auf sich selbst gestellt, unfehlbar zu Grunde gehen würden. Die wichtigsten für diesen Zweck in Betracht kommenden Vereinigungen sind der mehr mit den Mitteln der Kirche wirkende Verein des blauen Kreuzes und namentlich der nach Art der Freimaurerlogen die ganze Welt umspannende Orden der Guttempler; beide haben ausgezeichnete Erfolge aufzuweisen, in-

dem sie die geheilten Trinker in ihre Reihen aufnehmen und zu eifrigen Mitkämpfern machen.

Ungleich grössere Aussicht auf Erfolg, als die Behandlung des ausgebildeten Alkoholismus, gewährt die vorbeugende Bekämpfung*) desselben. Die verschiedenartigsten Hilfskräfte sind berufen, in dieser Richtung zusammenzuwirken. In der Herabsetzung der Schnapserzeugung, der Monopolisierung und Einschränkung des Einzelverkaufs (Gothenburger System), in der öffentlichen Belehrung über die schweren Gefahren des Alkoholismus, namentlich durch die Ärzte, in der Einbürgerung harmloserer Anregungsmittel (Kaffee, Thee, Fruchtsäfte), der Beseitigung des Trinkzwanges in jeder Form, der Eindämmung des Kneipenwesens, der Errichtung von Volkslesehallen, der Schaffung würdiger Erholungsstätten für die Arbeiter und nicht zum letzten durch das zielbewusste Beispiel der Gebildeten sind uns, wie die Erfahrung lehrt, die Mittel an die Hand gegeben, welche es uns ermöglichen, den furchtbaren Begleiter und Feind zugleich unserer Gesittung nicht nur an seiner weiteren Ausbreitung zu verhindern, sondern ihm auch das schon gewonnene, übergrosse Gebiet in hartem Kampfe nach und nach wieder abzuringen. Nach allen diesen Richtungen hin hat wiederum das Vereinswesen wichtige Aufgabe zu lösen, indem es allmählich eine öffentliche Meinung schafft, die mit den althergebrachten Vorurteilen über die Trefflichkeit unserer Trinkunsitten aufräumt und an den verschiedensten massgebenden Stellen den Boden für alkoholfeindliche und sozialpolitische Massregeln vorbereitet. Diese Ziele verfolgen ausser den beiden genannten Vereinen bei uns der Alkoholgegnerbund (Internationaler Verein zur Bekämpfung des Alkoholgenusses), die Vereine abstinenter Ärzte, Pastoren, Lehrer, Arbeiter, Kaufleute, Eisenbahner, Frauen, Studenten und Schüler, endlich der auf dem Standpunkte der Mässigkeit stehende Verein gegen den Missbrauch geistiger Getränke. Eine Reihe von Zeitschriften, von denen hier nur die Internationale Monatsschrift zur Bekämpfung der Trinksitten, die Mässigkeitsblätter, die Abstinenz, der deutsche Guttempler und die Freiheit genannt werden sollen, suchen den Zwecken dieser Vereine zu dienen. Freilich steht

*) Delbrück, Hygiene des Alkoholismus. 1901.

diesen Gesellschaften die Unzahl der Stammtische sowie jener „gemütlichen“ Vereinigungen gegenüber, welche unter irgend einem Aushängeschilde nichts anderes sind, als fruchtbare Brutstätten des „feuchtfröhlichen“ deutschen Kneipalkoholismus.

Auf der durch den chronischen Alkoholismus gebildeten Grundlage können sich eine Anzahl eigenartiger psychischer Störungen entwickeln, welche zum Teil wenigstens in ihrem klinischen Auftreten selber schon den Rückschluss auf die Grundursache gestatten, aus welcher sie hervorgegangen sind. Die bei weitem häufigste dieser Störungen ist das Delirium tremens*).

Das Herannahen der Krankheit pflegt sich kürzere oder längere Zeit, bisweilen wochenlang, durch mehr oder weniger ausgesprochene Angstzustände, Schreckhaftigkeit, unruhigen Schlaf mit lebhaften Träumen, erhöhte Erregbarkeit der Sinnesorgane (Hyperästhesie, subjektive Geräusche, Blitze, feurige Sterne) anzudeuten. Die eigentliche Entwicklung des Krankheitsbildes vollzieht sich aus diesen Vorboten heraus meist sehr rasch; es ist gekennzeichnet durch ausgeprägte und zahlreiche erlebnisartige Sinnestäuschungen der verschiedensten Gebiete, durch mässige Benommenheit bei völligem Verlust der Orientierung, durch Unruhe, Zittern und ataktische Störungen.

Der Wahrnehmungsvorgang an sich scheint nach Bonhöffers**) Untersuchungen keine sehr auffallenden Störungen darzubieten. Der genannte Forscher erhielt normale Werte für die Berührungs-, Temperatur- und Schmerzempfindlichkeit der Haut, ebenso für die Seh- und Hörschärfe und das Augenmass. Das Gesichtsfeld fand sich hie und da etwas eingeschränkt; die Farbenerkennung war unsicher, die Raumschwelle an Fingerkuppe und Stirn erhöht. Sehr bemerkenswert sind bisweilen die Störungen des Gleichgewichtssinnes. Bonhöffer hat darauf aufmerksam gemacht, dass manche Kranke ausser stande sind, sich aufzusetzen, zu stehen und zu gehen, vielmehr ängstlich die Rückenlage einhalten. Er ist der Ansicht, dass hier die körperliche Orientierung im Raume gestört sei. Vielfach trifft man auch auf die Angabe,

---

*) Rose, Delirium tremens und Delirium traumaticum. 1884; Bonhöffer, Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. 1901.

**) Bonhöffer, Der Geisteszustand der Alkoholdeliranten. 1897.

dass der Boden schwanke, die Wände einzustürzen drohen; es mag dahin gestellt bleiben, ob dabei Störungen der Augenmuskelbewegungen oder des Labyrinthsinnes die Hauptrolle spielen.

Bei allen genaueren Prüfungen stellen sich, in Übereinstimmung mit der allgemeinen klinischen Erfahrung, Störungen der Auffassung nach zwei Richtungen heraus. Zunächst mischen sich in die Wahrnehmungen der Kranken überall reichliche Eigenerregungen der betreffenden Sinnesgebiete, so dass es zu fortwährenden Verfälschungen der Wahrnehmung kommt. Die Kranken verhören sich, verkennen vorgezeigte Bilder, sehen Zusätze, Bewegungen auf denselben, mühen sich vergeblich ab, scharfe und klare Eindrücke zu bekommen. Bisweilen lässt sich, wie Bonhöffer gezeigt hat, in den Verkennungen der Einfluss von associativ angeregten Vorstellungen nachweisen, so, wenn ein Vogelei als Nest bezeichnet wird. Noch deutlicher wird die Störung beim Lesen. Statt der gegebenen Sätze wird eine ganz sinnlose Reihe von Wörtern und Lautverbindungen vorgebracht, besonders dann, wenn die Kleinheit der Schrift die Erkennung erschwert oder selbst unmöglich macht, was die Kranken bisweilen gar nicht bemerken. Ein Delirant las den Satz:

Ein Mäher schnitt den reifen Klee ab. Da schnitt er dicht an einem Nest vorbei; darin lägen 7 nackte Vögelein. Ach, könntet ihr schon fliegen, sagte der Mäher; ihr werdet hier auf der leeren Stoppel umkommen müssen!

„137 — Mediziner, Doktor — Sitz, Ditz — Ditzen — Zum, Zur Zeit“,

um dann das Buch mit dem Bemerken fortzuschieben: „Es verschwindet schon wieder; es wird immer kleiner.“ Zwei Tage später las er:

„Ein Mäher — scheint gereifen — Glüh ab da scheint er dicht — ein Ast vorbei — dann lagen 7 nackten Vögelein; ach könnte — ihr schon fliegen, sagte der Mäher — werdet — ihr werdet auf der leeren Dopple umkommen müssen.“

Am folgenden Tage wurde alles richtig gelesen, nur einmal „sie“ statt „ihr“. Zunächst fehlt hier jede erkennbare Beziehung zwischen Vorlage und Wiedergabe, eine Erscheinung, die ich, freilich in sehr abgeschwächter Form, auch bei einem Alkoholisten ohne Delirium nachweisen konnte. Dort hatte ich Ursache, als Grundlage der Lesestörung nicht nur eine Verschlechterung der Auffassung und Beeinflussung derselben durch Wortvorstellungen, sondern auch das Auftreten von sprachlichen Fehlreaktionen an-

zunehmen, das planlose Aussprechen irgendwelcher, auf der Zunge liegender Lautverbindungen an Stelle der fehlerhaft und ungenau erfassten Eindrücke, ohne innere Beziehung zur Vorlage. Auch Bonhöffer spricht, vielleicht in ähnlichem Sinne, bei seinen Deliranten von „paraphasischem“ Lesen.

Besondere Schwierigkeiten macht es ferner, die Aufmerksamkeit der Kranken zu fesseln. Während sie in einem Augenblicke tadellos auffassen, ist es im nächsten oft kaum möglich, sich ihnen verständlich zu machen. Derselbe Kranke, der auf eindringliches Anreden geordnete Auskunft gibt, gerät vielleicht sofort wieder in seine Delirien hinein, sobald man ihn sich selbst überlässt. Diese grossen Schwankungen der Aufmerksamkeit lassen die Störungen der Auffassung viel stärker erscheinen, als sie wirklich sind. Die Kranken bemerken nur das, was sich ihnen besonders aufdrängt. Das Bewusstsein zeigt regelmässig eine leichte Trübung. Das Verständnis für die Vorgänge in der Umgebung ist ein ziemlich unklares; die auftauchenden Vorstellungen sind verschwommen und widerspruchsvoll; sie werden nicht lange festgehalten, sondern rasch wieder durch andere verdrängt. Gleichwohl vermögen die Kranken in der Regel über fernliegende Verhältnisse leidlich Auskunft zu geben, wenn man sie nur immer wieder zum Gegenstande zurückruft. Nur in sehr schweren Fällen und namentlich im Anschlusse an epileptische Anfälle tritt stärkere Unbesinnlichkeit und Benommenheit hervor.

In auffallendem Gegensatze zu der geringen Beeinträchtigung der Besonnenheit steht regelmässig die schwere Störung der Orientierung. Wenn wir von den allerleichtesten Fällen absehen, wird die Umgebung von den Kranken immer verkannt. Sie begrüssen Arzt und Mitkranke auf Befragen mit den Namen alter Bekannter, halten die Räume für irgendwelche Örtlichkeiten in der Heimat, am häufigsten für Wirtshäuser, Brauereien und dergl. Alle diese Bezeichnungen können binnen kurzem wechseln, wenn die Kranken ihren Aufenthaltsort geändert zu haben glauben, während sie andererseits wirkliche Reisen gewöhnlich gar nicht verarbeiten. Auch die zeitliche Ordnung und die Schätzung der durchlebten Zeiträume ist eine ganz unsichere. Meist erscheint den Kranken die Dauer des Deliriums ungemein lang. Sie berichten daher auch nachher über ihre krankhaften Erlebnisse, als wenn

Wochen oder Monate darüber hingegangen wären, und vermögen sich über die Reihenfolge der bunt wechselnden Bilder keine Rechenschaft zu geben.

Unter den illusionären und hallucinatorischen Trugwahrnehmungen, die anfangs vielleicht nur des Nachts, dann aber auch bei Tage hervortreten und den Kranken lebhaft beschäftigen, pflegen diejenigen des Gesichtes zu überwiegen. Die Täuschungen sind meist von grosser sinnlicher Deutlichkeit, seltener schattenhaft, unbestimmt, vielfach schreckhaften und unangenehmen Inhalts. Sie werden von den Kranken bald als Wirklichkeit, bald als künstliche Vorspiegelungen (Laterna magica, Kinematograph) betrachtet, die sie belustigen oder erschrecken sollen. Vielfach

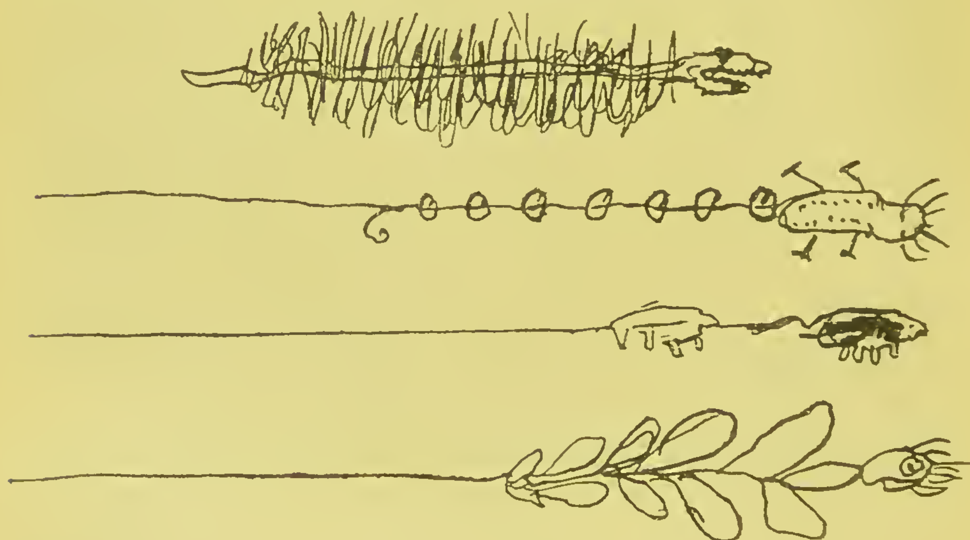


Fig. IV.

sehen sie massenhafte kleinere und grössere Gegenstände, Staub, Flocken, Münzen, Schnapsgläschen, Flaschen, Stangen. Fast immer zeigen die Gesichtsbilder mehr oder weniger lebhafte Bewegung, wohl im Zusammenhange mit der Körperunruhe und Augenmuskelbewegungen; auch Doppeltsehen wird beobachtet. Aus dieser Unstetigkeit der Trugwahrnehmungen erklärt sich vielleicht die Häufigkeit, mit der schlüpfende, huschende Tiere gesehen werden. Sie drängen sich zwischen die Beine, schwirren in der Luft herum, bedecken das Essen; alles wimmelt von Spinnen „mit goldenen Flügeln“, Käfern, Wanzen, Schlangen,

Gewürm mit langen Stacheln, Ratten, Hunden, Raubtieren. Einen Begriff von diesem Ungeziefer mögen die nach der Natur gelieferten Zeichnungen eines Deliranten in der Fig. IV geben, von denen die oberste die „russische Schlange“ darstellt, die ihm die Beine abfrass. Grosse Menschenmengen dringen auf die Kranken ein, feindliche Reiter, sogar „auf Stelzen“, Gensdarmen, oder marschieren in langen, abenteuerlich gruppierten Zügen an ihnen vorbei; einzelne gefahrdrohende Spukgestalten, Missgeburten, kleine Männer, Teufel, „Feuerrüpel“, Gespenster stecken den Kopf in die Türe, huschen unter den Möbeln herum, steigen auf Leitern in die Höhe. Seltener sind geputzte, lachende Mädchen oder schlüpfrige Vorgänge, Fastnachtsscherze, Theateraufführungen. Ein Kranker sah seine Frau mit ihrem Liebhaber auf offenem Markte in Gegenwart sämtlicher Fürsten und Würdenträger des Deutschen Reiches geschlechtlich verkehren.

Dazu gesellt sich die Wahrnehmung von brausenden Geräuschen, Klingen und Sausen, unbestimmtem Lärm, lautem, wirrem Geschrei, feiner, schöner Musik, Vogelgesang, von Glockengeläute, Kanonenschüssen und Salven, bisweilen auch von deutlichen Stimmen, Jammern der Angehörigen, Scheltworten, Drohungen und Anklagen. Dem Kranken sollen Hände und Füsse abgehackt werden; man will ihn erschiessen, seine Kinder in einer Kiste verschicken. Durch verschiedenartige absonderliche Empfindungen auf der Haut entsteht bei dem Kranken die Idee, dass Ameisen, Kröten, Spinnen auf derselben entlang kriechen; die Genitalien werden ihm abgefressen; die Därme fallen aus dem Leibe; er fühlt sich von feinen Fäden eingesponnen, mit Wasser angespritzt, gebissen, gestochen, geschossen. Er sammelt Geld, das er massenhaft herumliegen sieht und deutlich in der Hand fühlt, aber es zerrinnt wie Quecksilber. Was er anfasst, schwindet, kriecht zusammen oder wächst ins Ungeheure, um wieder zu zerfallen, fortzurollen, wegzufliessen. Der unter dem Strohsack versteckte Nebenbuhler entschlüpft immer in dem Augenblicke, wo der Kranke ihn sicher zu fassen glaubt. Geruchs- und Geschmackstäuschungen scheinen sehr selten zu sein.

Auf der Höhe des Deliriums kann man dem Kranken fast immer gewisse Täuschungen durch lebhaftes Einreden suggerieren. Er sucht auf unsere Aufforderung das Ungeziefer am Rocke zu ent-

fernen, bemüht sich, das angeblich heruntergefallene Geldstück vom Boden aufzuheben, legt behutsam die Nadel auf den Tisch, die wir ihm vermeintlich in die Hand gedrückt haben. Wie von Liepmann*) und Anderen gezeigt wurde, fangen die Kranken sehr häufig an, über Gesichtstäuschungen zu berichten, sobald man einen leichten Druck auf ihren Augapfel ausübt, öfters auch noch in der Genesungszeit. Sie sehen dann Farben, Blumen, Tiere, Wörter und Buchstaben, nicht selten alles, was man ihnen gerade vorredet.

Gerade bei derartigen Versuchen sieht man deutlich, dass viele dieser Trugwahrnehmungen mehr als Illusionen aufzufassen sind, insofern die wirkliche Wahrnehmung die erste Anregung zu denselben liefert. Die kleinen Knoten und Unregelmässigkeiten des Gewebes erscheinen wie Flöhe auf dem Bettzeug, die Schrammen der Tischplatte als Nadeln; in den Wänden öffnen sich geheime Türen. Die Personen der Umgebung kommen dem Kranken „bekannt" vor, auch wenn er sie nicht oder nur zweifelnd zu benennen vermag. Wie indessen Bonhöffer betont hat, ist der eigentliche Ursprung der Täuschung offenbar in centralen Vorgängen zu suchen. Dafür spricht auch die von mir gemachte Erfahrung, dass sich die Gesichtstäuschungen beim Sehen durch farbige Gläser nicht mitfärben. Die Trugwahrnehmungen treten auf, sobald die Aufmerksamkeit des Kranken sich auf irgend ein Sinnesgebiet richtet. Schon Liepmann war es gelungen, Gesichtstäuschungen durch Verhängen der Augen mit einem schwarzen Tuche oder Verdunkelung des Zimmers zu erzeugen; nach Bonhöffers Angaben genügt es, den Kranken einfach zu fragen, was er sehe, höre, fühle, um sofort eine ganze Reihe von entsprechenden Trugwahrnehmungen hervorzurufen. Wir können daher nicht zweifeln, dass wir es mit massenhaften Eigenerregungen in den centralen Sinnesstätten zu tun haben. Die Gestaltung derselben kann durch Wahrnehmungen und Vorstellungen bis zu einem gewissen Grade beeinflusst werden. Dafür spricht nicht nur die Zugänglichkeit für das Einreden, sondern namentlich auch der Zusammenschluss verschiedenartiger Täuschungen zu einheitlichen deliriösen Vorgängen. Anscheinend beeinflussen sich die

---

*) Liepmann, Archiv f. Psychiatrie, XXV, 1.

auf den einzelnen Gebieten auftauchenden Sinnesvorstellungen gegenseitig bis zur Entwicklung von Trugwahrnehmungen. Der Fleck am Boden erscheint auf Zureden als Münze, die dann beim Versuche, sie zu fassen, auch gefühlt wird; der Kranke sieht in seiner Angst die auf ihn gerichteten Flinten und hört nun auch, dass er erschossen werden soll.

Allerdings sind manche Trugwahrnehmungen für den Kranken nichts, als einfache Schaustücke, denen er ohne innere Beteiligung beiwohnt. So sah ein Kranker eine Anzahl Personen auf Motorwagen in seine Stube fahren und dort viele Stunden lang ununterbrochen schmausen, ohne ein Wort zu sprechen. Nachher reinigten sie den Boden und fuhren wieder davon. Meist aber kommt es zur Aneinanderreihung mehr oder weniger zusammenhängender Erlebnisse voll abenteuerlicher Einzelheiten. Der Kranke durchlebt mit offenen Augen in bunter Folge die merkwürdigsten und widerspruchsvollsten Ereignisse und vermischt dabei oft unentwirrbar wirkliche Eindrücke mit deliriösen Wahrnehmungen. Einer meiner Kranken sah sich vor ein geheimes Gericht gestellt, bei welchem Trinker und Temperenzler um ihn kämpften. Andere werden zum Tode verurteilt, mit scheusslichem Gewürm eingesperrt, zum Abgesandten Gottes gemacht, ins Bad geführt, vom Arzt untersucht, von Studenten mit Champagner überschwemmt, machen Festtafeln und weite Spaziergänge mit, finden sich dann plötzlich wieder eingesperrt und ihrer Kleider beraubt, alle Ausgänge mit Marmorsäulen verstellt, an die sie unversehens anstossen.

Meist spielt in den deliriösen Erlebnissen die gewohnte Tätigkeit eine hervorragende Rolle („Beschäftigungsdelirium"). Die Kranken glauben im Wirtshause zu sein, bestellen Schnaps oder eine Portion Kalbsbraten, sehen Getränke vor sich, greifen nach denselben und trinken sie aus, hören Aufträge, servieren den „Gästen", suchen nach dem „verlegten" Kellerschlüssel, oder sie wähnen sich mit irgend einer Arbeit beschäftigt, packen Kirschen in Körbe, nähen mit imaginären Fäden, klopfen mit einem eingebildeten Hammer, zügeln ihre ungebärdigen Pferde und dergl. Alle diese Hantierungen werden mit grosser Ausführlichkeit vorgenommen, genau wie im wirklichen Leben. Auf Grund dieser Delirien bildet sich für den Kranken eine völlige wahnhafte Ver-

fälschung seiner Lage und der sich abspielenden Ereignisse heraus. Dennoch gewinnen diese Wahnvorstellungen eine auffallend geringe Macht über sein Denken und Handeln. Er pflegt sie nicht weiter zu verarbeiten, vergisst sie rasch wieder, lässt sich davon abbringen, macht nicht viel Aufhebens davon. Niemals kommt es, wie Bonhöffer zutreffend bemerkt, zu einer wahnhaften Veränderung des Persönlichkeitsbewusstseins. Die Kranken wissen immer genau, wer und was sie sind, lassen sich auch in dieser Hinsicht nichts einreden.

Der Gedankengang der Kranken ist meist leidlich zusammenhängend; sie pflegen nicht eigentlich verwirrt zu sein. Doch besteht immer eine ausserordentliche Ablenkbarkeit. Die Zielvorstellungen sind flüchtig und von geringer Stärke. Zwischenfragen, zufällige Eindrücke, wohl auch Sinnestäuschungen oder auftauchende Vorstellungen genügen, um den Gedankengang zu hemmen und in andere Bahnen zu leiten. Die Kranken sind unfähig, ihre Gedanken zu sammeln, sich rasch zu besinnen, schwierigere geistige Aufgaben zu lösen, Widersprüche zu erkennen, ihre Lage zu beurteilen, wenn auch öfters ein gewisses unklares Krankheitsbewusstsein hervortritt. Bonhöffer fand nach einem von Ebbinghaus angegebenen Verfahren die Fähigkeit, ausgelassene Silben und Worte in einem zusammenhängenden Texte richtig zu ergänzen, während des Deliriums erheblich beeinträchtigt. Alle diese Eigentümlichkeiten erinnern uns in hohem Grade an das Verhalten des Traumes; sie deuten darauf hin, dass die Vorstellungen nur unvollkommen und einseitig beleuchtet sind und nicht in ihrem ganzen Umfange überblickt werden. Auch die Lebhaftigkeit und den inneren Zusammenhang der deliriösen Bilder sowie den Verlust der zeitlichen, räumlichen und sachlichen Orientierung ohne Beeinträchtigung des Persönlichkeitsbewusstseins finden wir ähnlich im Traume wieder.

Die Merkfähigkeit für vorgesagte Wörter und Zahlen ist bei den Kranken nach Bonhöffers Untersuchungen bedeutend herabgesetzt; besser werden Bilder wieder erkannt, weil sie mehr Anknüpfungen darbieten. Das Gedächtnis für frühere Ereignisse und Kenntnisse ist in der Regel ungestört. Die Kranken sind imstande, über ihr Vorleben, ihr Geschäft eingehende, rich-

tige Angaben zu machen; nur in schweren Fällen laufen auch hier Ungenauigkeiten und Fehler mit unter. Die Erlebnisse der jüngsten Vergangenheit dagegen werden rasch vergessen, verändert, verwechselt; jedenfalls geht ihre zeitliche Ordnung völlig verloren. Vielfach treten dabei Erinnerungsfälschungen auf, die anscheinend im Augenblicke frei entstehen. Die Kranken erzählen, dass sie gerade verreist gewesen seien, Besuch erhalten, eine Arbeit fertig gestellt hätten, lassen sich in ihren Angaben durch Einwände und Zureden bestimmen; diese Erscheinung erinnert uns an die später zu besprechende Korssakowsche Psychose.

Die Stimmung der Kranken steht im allgemeinen mit dem Inhalte der Delirien in nahem Zusammenhange. Sie ist daher bald ängstlich, schreckhaft, bald eigentümlich humoristisch. Bei wachsender Unruhe scheint die ängstliche Färbung stärker hervorzutreten, vielleicht infolge der grösseren Atemnot, wenn nicht die Unruhe schon den Ausdruck der zunehmenden Ängstlichkeit bildet. Mit dem raschen Wechsel der deliriösen Erlebnisse ändert sich jedoch der Stimmungshintergrund häufig ganz unvermittelt. Der Kranke, dem der Angstschweiss auf der Stirn steht, macht sich über seine eigene Lage lustig, bringt witzige Bemerkungen vor, schildert in spasshafter Weise seine Täuschungen; Heiterkeit und Todesfurcht folgen kurz aufeinander. Meist bildet sich auf diese Weise ein ungemein bezeichnendes Gemisch von geheimer Angst und Humor heraus. Es scheint, als wenn der Kranke neben den Schreckbildern und Gefahren doch mehr oder weniger deutlich die lächerlichen Unmöglichkeiten und Widersprüche in seinen deliriösen Erlebnissen empfindet. Bonhöffer fasst die eigentümliche Euphorie der Deliranten als ein Zeichen der psychischen Schwäche auf und vergleicht sie mit den ähnlichen Stimmungen bei Hirngeschwülsten. Ich habe mich indessen nicht davon überzeugen können, dass sie nur bei tiefem Darniederliegen des Seelenlebens auftritt, und möchte sie vielmehr der belustigten Sorglosigkeit an die Seite stellen, die wir beim Trinker überhaupt und insbesondere auch in der Korssakowschen Psychose so häufig finden, und die ja auch den einfachen Rauschzuständen eigentümlich ist.

Im Benehmen und Handeln des Kranken fällt regelmässig

eine ausgeprägte Unruhe, vielfach auch grosse Schwatzhaftigkeit auf. Seine Antworten erfolgen, wenn überhaupt, rasch und ohne langes Besinnen. Dennoch besteht, im Gegensatze zum Rausche, kein Rededrang und keine Neigung, in Rhythmen oder Reimen zu sprechen. Der Kranke ist völlig ausser stande, sich wirklich geordnet zu beschäftigen, wird vielmehr durch die Täuschungen vollkommen in Anspruch genommen. Selten lässt er dieselben einfach an sich vorüberziehen; meist veranlassen sie ihn zu lebhaften Äusserungen. Er antwortet laut auf die rufenden Stimmen, verteidigt sich gegen die Vorwürfe, bleibt nicht im Bett, drängt zur Tür hinaus, weil es bereits die höchste Zeit zu seiner Hinrichtung sei, alle schon auf ihn warten. Über die wunderlichen Tiere belustigt er sich, schreckt vor den schwirrenden Vögeln zurück, sucht das Gewürm wegzuwischen, die Käfer zu zertreten, greift mit gespreizten Fingern nach den Flöhen, sammelt das überall herumliegende Geld auf, sucht die ihn umspinnenden Fäden zu zerreissen, hüpft mit peinlicher Anstrengung über die an der Erde gezogenen Drähte hinweg. Dazu gesellen sich die mannigfachsten Handlungen, welche aus dem oben erwähnten Beschäftigungsdelirium hervorgehen. Verhältnismässig selten kommt es auch wohl einmal zu plumpen Angriffen auf die für feindselig gehaltene Umgebung oder zu ernsthafteren Selbstmordversuchen. Häufiger verunglücken die Kranken in ihren deliriösen Unternehmungen. Einer meiner Kranken stürzte sich in der Hast aus Angst vor dem eintretenden Diener zwei Treppen hoch aus dem Fenster und brach den Radius; ein Student zwängte sich durch das Fenster seines Zimmers, um auf einen hallucinierten Bahnsteig zu gelangen, fiel auf das Geländer des einen Stock tiefer gelegenen Balkons und blieb dort im weichen Schnee liegen, ohne sich verletzt zu haben.

Auf sensiblem Gebiete*) können als Zeichen neuritischer Erkrankungen Parästhesien, Hyperästhesien, umschriebene Anästhesien, Druckempfindlichkeit der Nerven und Muskeln bestehen, wie sie den chronischen Alkoholismus überhaupt zu begleiten pflegen. Sehr auffallend ist ferner bisweilen die Unempfindlichkeit

---

*) Döllken, Die körperlichen Erscheinungen des Delirium tremens. 1901.

der Kranken bei schweren Verletzungen, die Rücksichtslosigkeit, mit der sie gebrochene Glieder bewegen, das Ausbleiben von Klagen bei entzündlichen Erkrankungen. Die Bewegungen sind plump, ungeschickt, fahrig; oft besteht grosse Hinfälligkeit und Muskelschwäche. Turnübungen misslingen; der Gang ist meist unsicher und taumelnd. Die Sprache zeigt öfters ataktische und paraphasische Störungen, Versprechen, Verwechseln von Buchstaben und Wörtern; sie kann in schweren Fällen lallend und ganz unverständlich werden. Das auffallendste Zeichen aber, wel-

Schriftprobe I. Alkoholisches Zittern.

ches der Krankheit den Namen gegeben hat, ist das starke, an Zunge und gespreizten Fingern regelmässig sehr deutlich hervortretende Zittern, welches sich auch noch weiter über Gesicht und Extremitäten ausbreiten kann. Sehr schön prägt sich dieses Zittern in der beiliegenden Schriftprobe*) aus, die auf den ersten Blick den Eindruck einer paralytischen macht. Die Regelmässigkeit der Wellenlinien, wie sie besonders in den langen Zügen hervortritt, weist indessen auf die alkoholische Entstehung hin. In

*) Dieselbe ist, wie alle folgenden, auf $^2/_3$ verkleinert.

einzelnen, besonders schweren Fällen treten auch stärkere Muskelstösse und selbst tonische Spannungen auf, wahrscheinlich als Teilerscheinungen der Alkoholepilepsie. Bisweilen beobachtet man Zähneknirschen. Die Gesichtszüge sind schlaff; vielfach machen sich einzelne unwillkürliche Zuckungen und Mitbewegungen bemerkbar. Recht häufig sind schwere epileptiforme Krämpfe, die öfters mit dem Beginn, in etwa 10% der Fälle 1—2 Tage vor Ausbruch der Erkrankung, seltener während derselben auftreten. Die Reflexerregbarkeit kann gesteigert sein, besonders hochgradig kurz vor epileptischen Anfällen. In vereinzelten, mit derartigen Krämpfen sehr heftig einsetzenden Fällen scheinen nach Bonhöffers Schilderung gröbere Herderscheinungen, Facialislähmung und Hemiparesen vorzukommen, die ungemein rasch wieder verschwinden. Auch Doppeltsehen und Augenmuskellähmungen werden beobachtet.

Der Schlaf ist im Delirium tremens nahezu gänzlich aufgehoben; die Unruhe pflegt sich gegen Abend zu steigern und dauert ohne jede oder doch nur mit sehr geringen Unterbrechungen fort, wenn nicht der Eintritt soporöser Zustände eine ungünstige Wendung des Krankheitsverlaufes ankündigt. Die Ernährung ist durch die ängstliche Erregung der Kranken, durch den regelmässig bestehenden Katarrh des Mundes und Magens sowie durch gelegentliche Vergiftungsideen mit Nahrungsverweigerung empfindlich beeinträchtigt; das Körpergewicht pflegt erheblich zu sinken. Der Stuhlgang ist angehalten. Die Eigenwärme soll nach den Angaben von Friis und Jacobson auch in 80—90% derjenigen Fälle erhöht sein, die nicht mit anderweitigen körperlichen Erkrankungen einhergehen. Ihr Höhepunkt wird am ersten oder zweiten Tage erreicht; dann erfolgt langsames oder plötzliches Sinken. Bisweilen schiebt sich ein fieberloser Tag in den sonst fieberhaften Verlauf ein. In einzelnen Fällen erreicht die Temperatursteigerung eine gefährliche Hartnäckigkeit und Höhe (bis zu 43°) mit tötlichem Ausgange (Delirium tremens febrile von Magnan); es dürfte sich hier wohl immer um Infektionen handeln, für deren Zustandekommen bei der Unempfindlichkeit und geringen Widerstandsfähigkeit der Kranken sehr günstige Bedingungen gegeben sind. Die Pulsgeschwindigkeit ist beschleunigt, weniger diejenige der Atmung; häufig treten starke

Schweisse auf. Der Blutdruck scheint herabgesetzt zu sein; in schweren Fällen stellt sich leicht Cyanose ein. Im Harn fand Liepmann*) auf der Höhe der Krankheit in 76% der Fälle Eiweiss, in 26% sogar grössere Mengen. Meist verschwand das Eiweiss mit dem Aufhören des Deliriums sehr rasch; in 24% der Fälle liess es sich auch später noch nachweisen, stand also wahrscheinlich mit den allgemeinen Veränderungen des chronischen Alkoholismus in Zusammenhang. Albumosen fanden sich verhältnismässig selten, ungemein häufig dagegen Nucleoalbumin. Von erheblicher Bedeutung für das Verständnis des Delirium tremens sind endlich vielleicht noch die von Elsholz**) erhobenen Blutbefunde. Er konnte nachweisen, dass die Zahl der weissen Blutkörperchen auf der Höhe der Krankheit nicht selten vermehrt ist. Ganz besonders nahmen die polynucleären Formen zu, während die eosinophilen Formen verschwanden.

Der Verlauf des Delirium tremens ist meist ein rascher und günstiger. Die Genesung vollzieht sich unter dem Eintritte von Schlaf, gewöhnlich mit einem Male, oder aber unter allmählichem Zurücktreten der Sinnestäuschungen, die noch in beschränktem Grade fortbestehen können, wenn der Kranke schon imstande ist, sie zu berichtigen. Mit dem bisweilen sehr langen und tiefen Schlafe hört die Unruhe und das starke Zittern auf, während der feinschlägige Tremor des chronischen Alkoholisten zurückbleibt. Die Eigenwärme sinkt; der Puls fällt plötzlich; das Eiweiss im Harn verschwindet, und die oben erwähnten Blutveränderungen bilden sich zurück, verkehren sich sogar zunächst nicht selten in ihr Gegenteil, um dann allmählich dem gewöhnlichen Verhalten zu weichen. So erweisen sich die eosinophilen Formen bisweilen längere Zeit hindurch sehr stark vermehrt, während die Zahl der polynucleären Leukocythen bedeutend zurücktritt. Nach Jacobsons***) Übersicht stellt sich der Schlaf in 80% der Fälle ohne sonstige Erkrankung nach drei Tagen ein; die kürzeste von ihm beobachtete Dauer des Deliriums war $1\frac{1}{2}$—2, die längste 5 Tage; vereinzelt kommen indessen auch Fälle von noch längerer Dauer vor.

---

*) Liepmann, Archiv f. Psychiatrie, XXVIII, 570.
**) Elsholz, Jahrbücher f. Psychiatrie, XV, 2. u. 3.
***) Jacobson, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LIV, 221.

Nach dem Erwachen sind die Kranken in der Regel klar, wenn auch noch etwas müde und schwer besinnlich. Die Sinnestäuschungen sind verschwunden; die Kranken berichtigen ihre wahnhaften Erlebnisse, halten aber an einzelnen Zügen derselben zunächst vielleicht noch zweifelnd fest, um dann rasch volle Einsicht zu gewinnen. Die Erinnerung an die wahnhaften Erlebnisse ist im Gegensatze zu den Krankheitszuständen mit sehr tiefer Bewusstseinstrübung oft merkwürdig klar, wenn auch manche Einzelheiten und selbst ganze Abschnitte verloren gehen mögen. Ganz ähnlich wie bei Träumen pflegt die Lebhaftigkeit der Erinnerung bald wieder zu verblassen. In einzelnen Fällen entwickelt sich nach wenigen Tagen ohne erneuten Alkoholgenuss ein zweiter Anfall von Delirium tremens, der nach Bonhöffers Erfahrung vielfach den Übergang in die Korssakowsche Erkrankung ankündigt. Nach der Rückkehr in die Freiheit sind Wiedererkrankungen aus naheliegenden Gründen ungemein häufig.

In schweren Fällen treten vor allem die körperlichen Störungen stark hervor, die Krämpfe und Muskelzuckungen, die Ataxie, das Zusammenschrecken, die Augenmuskelstörungen, die tiefe Beeinträchtigung des Lagegefühls. Zugleich sind die Kranken unbesinnlich, delirieren ganz zusammenhangslos; die Bewegungen werden allmählich schwächer und schlaffer; der Puls wird klein, frequent, unzählbar, und unter rascher Zunahme der Benommenheit oder in plötzlichem Zusammenbruche kann der Tod eintreten. Dieser Ausgang ist bei sorgsamer Anstaltsbehandlung in etwa 3—5 %, nach Bonhöffers Angaben in 9 %, nach Jacobson sogar in 19 % der Fälle zu erwarten. Die wichtigsten Todesursachen bilden die Pneumonie, welche die Sterblichkeit auf 40,5 % steigert, ferner Herzschwäche, Blutvergiftung infolge von Verletzungen, endlich Selbstmord und Unglücksfälle.

Die Leichenöffnung zeigt öfters hochgradige venöse Stauungen und Ödeme des Schädelinhaltes. Bonhöffer*) fand namentlich in den Radiärfasern der Centralwindung, im Marklager des Kleinhirnwurms, ferner besonders in den Gollschen Strängen des Rückenmarks erheblichen Faserschwund; Schläfenlappen und

*) Bonhöffer, Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie, I, 229; Trömner, Archiv f. Psychiatrie, XXXI, 3.

Brocasche Windung erwiesen sich als wenig oder gar nicht verändert. Bei einfachem Alkoholismus fehlt dieser Befund. An den grossen Pyramiden und den motorischen Zellen der vorderen Centralwindung war die Zeichnung der ungefärbten Substanz mehr oder weniger verloren gegangen; die Fortsätze waren auffallend weit gefärbt. Hie und da liessen sich Kernveränderungen erkennen. Eine Anzahl von Zellen erschien in Auflösung begriffen. Entsprechende Umwandlungen ergaben sich an den Purkinjeschen Zellen. Trömner fand ein Gemisch von ausgebreiteten akuten und chronischen Zellveränderungen, vornehmlich in den vorderen Abschnitten der Rinde, einschliesslich der Inselgegend; er ist geneigt, jene ersteren auf das Delirium tremens zurückzuführen. Nissl konnte ebenfalls eine teilweise Vernichtung der Rindenzellen nachweisen. Ferner fand sich eine Veränderung, die an andere akute Zellerkrankungen erinnerte, Färbung der ungefärbten Substanz, insbesondere des Axencylinderfortsatzes, Lockerung der Zellsubstanz und leichte Schwellung. Daneben bestanden chronische Zellveränderungen und Gliawucherung. Ein Teil dieser Veränderungen dürfte, wie auch Trömner annimmt, auf den chronischen Alkoholismus zu beziehen sein. Dahin gehören ferner die miliaren Blutungen, die sich hie und da in grosser Zahl, besonders in der Gegend der Augenmuskelkerne, finden, sowie die Gefässerkrankungen. Ebenso sind wohl die so häufige Verfettung und Entartung des Herzens, die Cirrhose und Verfettung der Leber, die Nierenveränderungen aufzufassen. Dagegen glaubt Jacobson für das Delirium tremens die Erfahrung verwerten zu können, dass in 45 von 72 Todesfällen akute Hyperplasie, in weiteren 9 Fällen Hyperämie der Milz gefunden wurde.

In einer kleinen Zahl von Fällen gelangt das Delirium tremens mit dem Eintritte von Schlaf noch nicht zum Abschlusse. Abgesehen von den schon erwähnten Rückfällen ist zunächst der von Bonhöffer eingehend geschilderte Übergang in die Korssakowsche Psychose anzuführen. Sodann aber sieht man hie und da an das Delirium die Entwicklung der später genauer zu besprechenden paranoiden Formen des chronischen Alkoholismus sich anschliessen, meist mit Ausgang in psychische Schwächezustände.

Unter den Deliranten überwiegt aus naheliegenden Gründen das männliche Geschlecht ganz bedeutend. Jacobson sah unter

300 derartigen Kranken nur 19 Weiber; 74% der Kranken standen zwischen dem 30. und 50. Lebensjahre. Der Ausbruch erfolgt häufiger im Sommer als im Winter. Bonhöffer bringt diese Erfahrung in Beziehung zu der verderblicheren Wirkung des Alkohols in den Tropen und führt sie auf die raschere Verbrennung des Giftes in der Kälte zurück.

Die eigentlichen Ursachen des Delirium tremens sind noch dunkel. In einer grösseren Reihe von Fällen ist ausser der Trunksucht eine sonstige Schädlichkeit überhaupt nicht aufzufinden. Dagegen pflegt man anzunehmen, dass sich das Delirium besonders gern an irgend eine schwächende Einwirkung anschliesst, namentlich an fieberhafte Erkrankungen, starke gemütliche Erregungen (Verhaftung und Verletzungen). Jacobson fand jedoch unter 280 Fällen nur 14, in denen eine einigermassen erhebliche Verletzung vorausgegangen war, und auch hier war meist ein ursächlicher Zusammenhang unwahrscheinlich, oder die Verletzung erschien geradezu als die Folge der beginnenden deliriösen Benommenheit, namentlich einleitender Krampfanfälle. Verhältnismässig häufig setzt das Delirium am 3. oder 4. Tage einer Pneumonie ein. Bonhöffer beobachtete bei 20% seiner Deliranten croupöse Pneumonie, bei weiteren 20% andere fieberhafte Erkrankungen der Atmungsorgane, bei 8% verschiedenartige Infektionen, bei 11% Magen- und Darmstörungen, bei 10% Verletzungen, denen auch er keine erhebliche ursächliche Bedeutung beilegt. Immerhin meint er im Hinblicke auf die Häufigkeit sonstiger Lungenerkrankungen, dass Quetschungen des Brustkorbes und Knochenbrüche, die leicht zu Fettembolien der Lungen führen, eine gewisse Rolle spielen könnten.

Jedenfalls drängen die vorliegenden Erfahrungen wohl zu dem Schlusse, dass alle Störungen, welche erhöhte Anforderungen an die Leistungen des Gesamtorganismus stellen und sein Gleichgewicht erschüttern, auch geeignet sind, beim Trinker den Ausbruch des Delirium tremens herbeizuführen. Unter den vorbereitenden Ursachen möchte ich besonderes Gewicht auf die schwere chronische Schädigung der allgemeinen Ernährung legen. Von den meisten Deliranten erfährt man, dass sie infolge ihres Magenkatarrhs seit Wochen oder Monaten sehr wenig Nahrung zu sich genommen haben. Auch gehäuftes Trinken

dürfte nicht ohne Bedeutung sein. Viel umstritten ist endlich die Frage, ob auch die plötzliche Entziehung des gewohnten Alkohols als auslösende Ursache des Deliriums zu betrachten sei. Früher galt es als selbstverständlich, körperlich erkrankten oder verletzten Trinkern Alkohol zu reichen, um dem Ausbruche des Deliriums vorzubeugen. Man sieht indessen oft genug das Delirium sich entwickeln, obgleich die Kranken tatkräftig weiter trinken. Auch von einer abkürzenden Wirkung der Alkoholdarreichung auf das Delirium kann nicht die Rede sein, wenn auch das Zittern und die Unsicherheit der Bewegungen, wie Bonhöffer gezeigt hat, durch die psychomotorischen Wirkungen des Alkohols vorübergehend gebessert werden können. Die Erfahrungen der Trinkerheilanstalten sprechen im allgemeinen durchaus nicht für das Vorkommen alkoholischer Entziehungsdelirien. Dagegen hat Bonhöffer bei Gefangenen häufiger das Einsetzen rasch und günstig verlaufender Trinkerdelirien 2—3 Tage nach der Verhaftung beobachtet. Auch ich habe eine Anzahl derartiger Fälle, namentlich bei Landstreichern, gesehen. Hier ist indessen zu berücksichtigen, dass ausser der erzwungenen Enthaltsamkeit noch die ungünstigen sonstigen Wirkungen der Einsperrung mitspielen. Einen Epileptiker sah ich nach vierzehntägiger Haft im Anschlusse an einen epileptischen Dämmerzustand ein unzweifelhaftes Delirium tremens durchmachen.

Jedenfalls bestehen unverbrüchliche Beziehungen zwischen Delirium tremens und langjährigem Alkoholismus. Namentlich der Schnaps spielt in dieser Beziehung so sehr die Hauptrolle, dass es zweifelhaft ist, ob der Wein oder gar das Bier allein die Krankheit erzeugen können. Gleichwohl trägt das Delirium tremens durchaus andere Züge, als die uns so wohlbekannte Alkoholvergiftung. Ihm fehlt vor allem die Neigung zu Gleichklang und Rhythmus und der Rededrang, während es auf der anderen Seite in den lebhaften Sinnestäuschungen und dem starken Zittern ganz neue, eigenartige Krankheitszeichen aufweist. Dazu kommt, dass die Krankheit innerhalb weniger Tage schwindet, selbst wenn Alkohol fortgegeben wird, dass sie nach einer gewissen Dauer der Enthaltsamkeit doch noch auftreten kann, und dass sie durchaus nicht jeden Trinker befällt, selbst wenn derselbe sonst die Zeichen des chronischen Alkoholismus deutlich darbietet; auch die Höhe des täglichen Schnaps-

verbrauches ist in dieser Beziehung nicht massgebend. Aus diesen Erwägungen scheint mir hervorzugehen, dass bei der Entstehung des Deliriums ausser dem Alkoholmissbrauche noch irgend ein besonderer Umstand mitwirken muss, den wir bisher nicht kennen. Ich bin geneigt, anzunehmen, dass hier die mannigfaltigen und schweren Organveränderungen eine Rolle mitspielen, welche der chronische Alkoholismus erzeugt. Wahrscheinlich kommt es, wie ja auch die Blutarmut und der Fettreichtum der Trinker zeigen, zu tiefgreifenden Stoffwechselstörungen, in deren Verlaufe irgend ein ungünstiges Ereignis jene Gleichgewichtsschwankung hervorrufen kann, die sich uns klinisch als Delirium tremens darstellt.

Zu ähnlichen Ansichten sind eine Reihe von anderen Forschern gekommen. Jacobson weist besonders noch auf die Möglichkeit einer Aufnahme von Zersetzungsstoffen aus dem Darme hin, und Hertz stellt das Delirium einfach in Vergleich mit der Urämie, indem er annimmt, dass eine akute Nephritis auf dem besonderen Boden des chronischen Alkoholismus das Krankheitsbild erzeuge. Auch Elsholz tritt im Hinblicke auf die von ihm nachgewiesenen Blutveränderungen für die Annahme einer eigenartigen Selbstvergiftung ein. Er meint, dass der Alkohol gewissermassen als Gegengift gegen das im Körper gebildete Gift wirke, und führt darauf den Drang des Trinkers zum Alkohol wie die bessernde Wirkung des letzteren auf die Ataxie und das morgendliche Erbrechen zurück. Ich möchte dagegen glauben, dass zur Erklärung der angeführten Erfahrungen die narkotisierenden, die euphorischen, psychomotorisch anregenden und weiterhin den Willen lähmenden Wirkungen des Alkohols völlig ausreichen. Bonhöffer endlich denkt an ein beim Verdauungsgeschäfte gebildetes Gift, das für gewöhnlich durch die Lungen ausgeschieden wird und daher besonders gern dann seine Wirkung entfaltet, wenn die Lungentätigkeit krankhaft beeinträchtigt wird. Zu beachten bleibt indessen, dass Trinker überhaupt sehr zu Erkrankungen der Lungen neigen, vielleicht deswegen, weil der Alkohol zum Teil durch die Atmung ausgeschieden wird und so örtliche Schädigungen bewirken kann. Die Häufigkeit von Lungenerkrankungen beim Delirium braucht daher keine so enge Beziehung zu der Entstehung der Krankheit zu haben. Dennoch deuten die Befunde im Blute wie im Harn, die beide weder durch unmittel-

bare Alkoholwirkung noch durch Fieber zu stande kommen, ferner die häufigeren Steigerungen der Eigenwärme und endlich das ganz eigenartige psychische Krankheitsbild entschieden darauf hin, dass wir es im Delirium tremens nicht mit einer einfachen Steigerung der chronischen Alkoholvergiftung, sondern mit einer wesentlich andersartigen Vergiftung zu tun haben, die durch den Alkoholmissbrauch nur vorbereitet wird. Wir beobachten übrigens bei sicher nicht trinkenden Paralytikern bisweilen rasch verlaufende Erregungszustände, die dem Delirium tremens ganz ausserordentlich ähnlich sind.

Eine gewisse Bestätigung der hier entwickelten Anschauung scheinen mir auch die nicht seltenen Fälle von abgekürzten und nur angedeuteten Formen des Delirium tremens zu liefern. Hier kommt es vorübergehend zu einzelnen schlaflosen Nächten, zu leichter Ängstlichkeit und Benommenheit mit gelegentlichen Sinnestäuschungen und rasch berichtigten Wahnbildungen. Auch nächtliche Sinnestäuschungen ohne weitere psychische Störung bei voller Krankheitseinsicht kommen bisweilen vor. Sehr viele meiner Kranken hatten vor dem ausgeprägten Delirium solche leichtere Anfälle durchlebt, ein Zeichen dafür, dass die Störung öfters schon längere Zeit vorbereitet ist, bevor der endgültige Ausbruch erfolgt. Eine Frau begab sich schon ein Vierteljahr vorher immer mit einer Gabel bewaffnet zu Bett, weil sie die unbestimmte Furcht hatte, abgeholt und fortgeschleppt zu werden. Ein anderer Kranker suchte sich mehrfach durch Schiessen gegen die ihn bedrohenden Gestalten zu verteidigen. Aus diesen, auch von Bonhöffer betonten Erfahrungen geht hervor, dass wir es beim Delirium tremens nur mit einer plötzlichen Steigerung von Störungen zu tun haben, die schon in geringerem Grade dauernd vorhanden waren. Man könnte daran denken, dass irgend ein krankhaftes Stoffwechselgift entweder in grösseren Mengen erzeugt wird, oder dass die bis dahin ausreichenden Schutzvorrichtungen versagen. Dadurch würde das Delirium etwa dem Koma diabeticum vergleichbar erscheinen, das ebenfalls eine plötzliche bedrohliche Verschlimmerung eines so lange mit verhältnismässig geringfügigen Erscheinungen verlaufenden Leidens darstellt.

Die Erkennung des Delirium tremens bietet bei genauer Beachtung des Krankheitsbildes gewöhnlich keinerlei Schwierig-

keiten. Den oben erwähnten paralytischen Kranken fehlt der Humor der Trinker; auch pflegen sie weniger mitteilsam und tiefer benommen zu sein. Die schweren Dämmerzustände mit Herderscheinungen, wie sie bisweilen im Anschlusse an einen Krampfanfall die Einleitung des Deliriums bilden, können mit Meningitis verwechselt werden, bis die rasche Besserung und das Hervortreten der bekannten Krankheitszeichen die Sachlage klärt. Man wird dabei das Fehlen der Nackenstarre zu beachten haben. Den epileptischen Delirien fehlt das eigenartige Zittern, die Ataxie; die Stimmung ist entweder rein ängstlich oder reizbar oder verzückt, die Erregung deutlich durch Gemütsbewegungen bedingt, gegenüber der unruhigen Geschäftigkeit des Alkoholdeliranten. Die Kranken sind weniger ablenkbar, unzugänglicher, einförmiger in ihrem Denken und Reden; sie geben oft keine Auskunft, aber sie verlesen und versprechen sich nicht, wie Bonhöffer betont; ihre Täuschungen haben mehr einen schreckhaften oder visionären, vielfach übersinnlichen Inhalt. Recht häufig sind Mischungen von Fieberdelirien oder epileptischen Dämmerzuständen mit Delirium tremens. Meist findet man hier eine stärkere Bewusstseinstrübung, bei der Epilepsie auch verworrene Wahnvorstellungen, besonders religiösen Inhalts, während der alkoholische Einfluss sich in der Unruhe, den lebhaften Sinnestäuschungen, dem Beschäftigungsdelirium und dem Zittern bemerkbar macht. Ähnliches gilt von der Mischung paralytischer und alkoholischer Delirien, denen die Verfälschung des Persönlichkeitsbewusstseins ihre eigentümliche Färbung gibt.

Die Behandlung des Delirium tremens hat sich vor allem jedes schwächenden Eingriffes zu enthalten und für die möglichste Erhaltung der Kräfte durch gute Ernährung (Milch) Sorge zu tragen. Schon von vornherein ist bei körperlich erkrankten Trinkern stets die Möglichkeit eines eintretenden Delirium tremens ins Auge zu fassen und daher nach den angedeuteten Gesichtspunkten zu verfahren. In einer grossen Zahl von Fällen wird man mit dem rein zuwartenden Verfahren vollständig auskommen. Sobald die einfache Bettbehandlung wegen der wachsenden Unruhe der Kranken nicht durchführbar ist, leistet die vorzüglichsten Dienste das Tag und Nacht fortgesetzte Dauerbad, in dem sich die Kranken bei gehöriger Überwachung immer ohne erhebliche

Schwierigkeit halten lassen. Ist die Unruhe sehr stark, so kann man die Wirkung des Bades durch einige Gaben Paraldehyd, allenfalls auch Trional, im äussersten Notfalle durch etwas Hyoscin unterstützen. Alle anderen Beruhigungsmittel kann man vollständig entbehren, so das früher viel empfohlene Opium und das nicht ungefährliche Chloralhydrat. Auch von der Darreichung des Alkohols kann ich nur abraten. Obgleich ich ihn seit vielen Jahren bei Deliranten nicht mehr gegeben habe, sind die Ergebnisse recht gute gewesen. Mehrfach habe ich fast verzweifelte Fälle, in denen ich nahe daran war, doch Alkohol zu versuchen, plötzlich überraschend günstig verlaufen sehen. Von ganz besonderer Wichtigkeit ist dagegen die sorgfältige Überwachung des Herzens. Sobald die geringsten Zeichen von Herzschwäche oder Kreislaufsstörungen bemerkbar werden, ist es dringend notwendig, ein anregendes Verfahren mit Hilfe von starkem Kaffee, Coffeïn- oder Kamphereinspritzungen, unter Umständen mit kühlen Übergiessungen oder Kochsalzinfusionen einzuleiten. Die Genesung ist durch die Sorge für Beseitigung der Verdauungsstörungen und gute Ernährung sowie durch Regelung des Schlafes zu unterstützen.

Wir haben schon oben darauf hingewiesen, dass die Berichtigung der deliranten Erlebnisse bei Trinkern nicht immer rasch und glatt erfolgt, sondern dass bisweilen nach dem Eintritte der Klarheit einzelne, auf der Höhe des Deliriums entstandene Wahnvorstellungen noch einige Tage lang festgehalten werden. Diese Fälle bilden vielleicht den Übergang zu derjenigen Krankheitsform, die Bonhöffer als „chronisches Delirium" bezeichnet, für die ich jedoch einstweilen an dem Namen der Korssakowschen Psychose*) festhalten möchte. Korssakow hat im Jahre 1887 eine grössere Anzahl von Fällen beschrieben, als deren gemeinsame Eigentümlichkeit er die Verbindung mit polyneuritischen Erkrankungen und einen toxämischen Ursprung betrachtete. Unter

*) Korssakow, Archiv f. Psychiatrie, XXI, 669; Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie, XLVI, 475; Tiling, ebenda, XLVIII, 549; Über alkoholische Paralyse und infektiöse Neuritis multiplex. 1897; Jolly, Charitéannalen, XXII; Mönkemöller, Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, LIV, 806; Raimann, Wiener klin. Wochenschrift, 1900, 2; Elsholz, ebenda, 1900, 15; Heilbronner, Monatsschrift für Psychiatrie, III, 459.

den sonst vielfach voneinander abweichenden psychischen Zeichen war besonders häufig eine tiefgreifende Merkstörung mit Verlust der Orientierung und der Neigung zu Erinnerungsfälschungen. Die späteren Erfahrungen haben gelehrt, dass die von Korssakow gezeichneten Bilder zwar unter verschiedenartigen ursächlichen Bedingungen zu stande kommen können, dass sie sich aber bei weitem am häufigsten und in schönster Ausprägung auf dem Boden des chronischen Alkoholismus entwickeln. Aus diesem Grunde empfiehlt es sich, dieser Hauptgruppe von Fällen mit klarer Entstehungsgeschichte eine Sonderstellung gegenüber den sonst beobachteten ähnlichen Bildern einzuräumen und ihr den Namen der Korssakowschen Psychose vorzubehalten. Weiterhin aber hat sich gezeigt, dass die polyneuritischen Störungen sich zwar sehr häufig, aber doch nicht immer mit dem im übrigen sehr gut gekennzeichneten psychischen Krankheitsbilde verbinden. Die Bezeichnung der Krankheit als polyneuritische Psychose lässt sich demnach nicht mehr aufrecht erhalten.

Den Beginn der Krankheit bildet am häufigsten ein deliriöser Zustand, der vollständig den sonstigen Trinkerdelirien gleicht. Die Kranken werden jedoch nach Ablauf der gewöhnlichen Zeit nicht klar, obgleich die Sinnestäuschungen und die Unruhe zurücktreten und auch der Schlaf sich wieder einstellt; vielmehr berichtigen sie ihre deliranten Erlebnisse nicht und finden sich in ihrer Umgebung nicht zurecht. Seltener ist der von Bonhöffer geschilderte Anschluss an einen rasch sich ausbildenden Stupor mit einzelnen deliranten Sinnestäuschungen. Noch seltener vollzieht sich die Entwicklung der psychischen Störungen ganz allmählich aus den gewöhnlichen Erscheinungen des chronischen Alkoholismus heraus. Angekündigt wird das Auftreten der Korssakowschen Psychose überall durch das Verblassen der übrigen Störungen gegenüber der immer stärker in den Vordergrund tretenden Beeinträchtigung der Merkfähigkeit.

In den ausgeprägten Fällen kann diese Beeinträchtigung so hochgradig sein, dass die Kranken schon nach wenigen Minuten oder gar Sekunden wieder vergessen haben, was sie erlebten oder sich merken wollten. Daraus ergibt sich ein höchst eigenartiges Bild. Obgleich die Kranken besonnen sind und ohne

Schwierigkeit verstehen, was man ihnen sagt, sind sie doch gänzlich unfähig, irgendwelche neuen Erfahrungen zu sammeln oder ein Bild von dem Ablaufe der Ereignisse zu gewinnen. Sie wissen nicht, was sie vor einer halben Stunde getan, ob sie schon zu Mittag gegessen, sich bereits gewaschen, den Arzt früher einmal gesehen haben, und vermögen auch die Aufschlüsse, die man ihnen über diese Punkte gibt, ihrem Gedächtnisse nicht einzuprägen, do dass er unmöglich ist, ihre Unklarheit zu beseitigen. Immerhin können einzelne, besonders lebhafte oder gemütlich stark erregende Eindrücke haften, aber ohne Verknüpfung mit den voraufgehenden oder folgenden Ereignissen.

Die nächste Folge dieser schweren Merkstörung ist völliger Verlust der Orientierung. Auch diejenigen Erinnerungen, die sich noch erhalten haben, vermag der Kranke nicht in eine zeitliche Ordnung zu bringen, da alle Zwischenglieder fehlen. Er hat daher keine Ahnung, welche Zeit seither verflossen ist, ob sich ein Erlebnis heute oder vor vier Wochen abgespielt hat; er kennt weder Jahreszahl noch Monatstag, in schweren Fällen nicht einmal die Tagesstunde. Einer meiner Kranken meinte bezeichnenderweise, er müsse ein halbes oder ganzes Jahr im Halbschlafe gelegen und dabei alles vergessen haben. Da er nicht weiss, wie er an seinen ihm neuen Aufenthaltsort gekommen ist, kann sich der Kranke kein Bild davon machen, in welcher Stadt und in welchem Hause er sich befindet; seine Umgebung wird ihm nicht vertraut, da die Spuren seiner Eindrücke nicht haften. Die Personen kommen ihm gewöhnlich bekannt vor, aber er weiss ihre Namen nicht zu nennen, meint nur, er müsse sie schon einmal gesehen haben, belegt sie vielleicht zweifelnd mit dieser oder jener Bezeichnung.

Am stärksten ist der Verlust der Gedächtnisspuren immer für die Zeit der vorliegenden Erkrankung, seitdem eben die Unfähigkeit zur Einprägung bestand. Man kann sich aber bald überzeugen, dass auch ein grosser Teil des früher erworbenen Gedächtnisstoffes mit verloren gegangen ist. Wir haben es demnach mit einem rückschreitenden Erinnerungsverlust zu tun. Viele Jahre und gar Jahrzehnte können auf diese Weise aus dem Leben einfach ausgelöscht erscheinen. Der Kranke weiss nicht mehr

anzugeben, was er in den letzten Jahren getrieben hat, wo er wohnte, wie und wo er krank wurde. Er erinnert sich seiner letzten Kinder, einschneidender Todesfälle nicht mehr, hat vielleicht vergessen, dass er geheiratet hat. Einer meiner Kranken schrieb an aufeinanderfolgenden Tagen zwei in zahlreichen Punkten voneinander abweichende Lebensdarstellungen, in denen er den Mädchennamen seiner Frau jedesmal verschieden angab; der eine war richtig, der andere derjenige einer früheren Braut. Hier war ein Zeitraum von sechzehn Jahren, während dessen der Kranke selbständige Stellungen eingenommen hatte, bis auf einige unklare Reste aus dem Gedächtnisse verloren gegangen. Die Angaben aus der Zeit vorher erfolgten rasch und richtig. Solche Abgrenzungen lassen sich öfters feststellen, doch sind sie meist nicht scharf. Vielmehr gibt es Zwischengebiete; ausserdem pflegen auch manche früh erworbene Erinnerungen mehr oder weniger deutliche Einbussen zu zeigen, und endlich trifft man in dem sonst ausgelöschten Abschnitte noch einzelne Erinnerungsreste, deren zeitliche Ordnung allerdings meist ganz unsicher ist.

Die genauere Untersuchung der Störung mit Hilfe von messenden Versuchen ergibt zunächst die überraschende Tatsache, dass schon die Auffassungsfähigkeit der Kranken sehr erheblich herabgesetzt ist, in einem meiner Fälle bis auf $^1/_6$ der Norm. Von dieser schweren Beeinträchtigung lässt die gewöhnliche Prüfung kaum etwas erkennen. Wahrscheinlich erklärt sich diese Erfahrung daraus, dass es sich wesentlich um eine Verlangsamung des Auffassungsvorganges handelt. Man darf vielleicht annehmen, dass die Erinnerungsbilder, welche sonst die rasche Auffassung von Eindrücken ermöglichen, bei den Kranken besonders langsam auftauchen, so dass dadurch die Erkennung erschwert wird. Dafür spricht auch die Erfahrung, dass jener Kranke seltenere Buchstaben öfters der Form nach ganz gut auffasste, ohne sie doch zu erkennen. So würde es verständlich, dass bei sehr kurze Zeit dargebotenen Eindrücken die Auffassungsstörung ungemein deutlich hervortritt, während sie im täglichen Verkehr gar nicht bemerkbar wird. Auch die Merkfähigkeit erscheint bei den Versuchen stark herabgesetzt, in dem schon erwähnten Falle bis auf $^1/_3$ oder $^1/_4$ der Norm. Sehr beachtenswert war die Tatsache, dass bei diesen Versuchen die sonst überall so sehr hervortretende

Übungswirkung gänzlich ausblieb; sie beruht eben auf dem Haften von Spuren der vorhergehenden Tätigkeit. Bei der schon in der Jugend erlernten Arbeit des fortlaufenden Addierens einstelliger Zahlen war dagegen ein Übungsfortschritt deutlich; hier waren anscheinend Anknüpfungen vorhanden, die das Haften der Arbeitsspuren erleichterten.

Die ungeheuren Erinnerungslücken, die sich bei unseren Kranken gebildet haben, werden von ihnen selbst gar nicht oder doch nur sehr unklar empfunden. Vielmehr treten an die Stelle der fortgefallenen Gedächtnisspuren in grösstem Umfange Erinnerungsfälschungen, die für die Kranken den Stempel vollster subjektiver Gewissheit tragen. Zunächst beziehen sich diese frei erfundenen Erinnerungen vielleicht nur auf die letzte Zeit. Die Kranken erzählen von Besuchen, die sie gehabt, Spaziergängen, die sie gemacht, Nachrichten, die sie erhalten haben, geben eine bunte, völlig aus der Luft gegriffene Darstellung ihrer jüngsten Erlebnisse, obgleich sie in Wirklichkeit vielleicht seit Monaten in dem einförmigen Tageslaufe des Krankenhauses zugebracht haben. Vielfach kann man die Anknüpfung der Erinnerungsfälschungen an bestimmte Anlässe, deliriöse oder tatsächliche Vorgänge beobachten. Eine Äusserung der Umgebung, irgend eine neue Bekanntschaft können dem Kranken die Anregung zum Anspinnen eines ganzen Netzes von merkwürdigen Fehlerinnerungen geben. In der Regel vermag man solche Erfindungen durch Einreden und Suggestivfragen auszulösen. Sie tragen dann das Gepräge von Verlegenheitsausreden, mit deren Hilfe die Kranken die Unsicherheit ihrer Erinnerung zu verdecken suchen. Sehr häufig beschränken sich indessen die Erfindungen nicht auf die einfache Ausfüllung von Lücken durch alltägliche und naheliegende Scheinerlebnisse, sondern die Kranken sind bemüht, die gegebene Anregung weiter zu verarbeiten und die Einzelheiten der Fehlerinnerung durch neue, selbständige Züge auszumalen. Die Neigung zu solchen Neuschöpfungen pflegt in der ersten Zeit der Krankheit am lebhaftesten zu sein und später allmählich zu verblassen. Sie kann zu einer abenteuerlich verschlungenen, romanhaften Verfälschung der gesamten Lebenserinnerungen aus den letzten Jahrzehnten führen. Die Kranken wissen aus eigenem Antriebe alle möglichen wunderbaren Erlebnisse zu erzählen, an

die sie bis dahin nie mehr gedacht haben, die ihnen aber nunmehr bei irgend einem Anlasse plötzlich wieder eingefallen sind.

Ungemein verblüffend wirkt die Genauigkeit dieser Erzählungen, der Reichtum an Einzelheiten und die felsenfeste Gewissheit, die sie im Augenblicke für den Kranken besitzen. Während er schildert, tauchen immer neue Zutaten des dargestellten Vorganges in ihm auf, an die er sich ganz genau erinnert, die er vor sich sieht, als wäre es gestern gewesen. Obgleich er in kurzen Zwischenzeiten seine Lesarten fortwährend wechselt, freilich, ohne es zu bemerken, hegt er jeweils nicht den geringsten Zweifel daran, dass er getreu die Wirklichkeit wiedergibt. Diese Erfahrung findet ihre Beleuchtung in den Untersuchungen Finzis über die subjektive Sicherheit von Erinnerungen. Er konnte zeigen, dass sich auch bei gesunden Personen unter den als völlig sicher betrachteten Erinnerungen regelmässig ein nach der persönlichen Eigenart wechselnder Anteil von Fehlern findet; das Gefühl der subjektiven Gewissheit gibt demnach durchaus keine Gewähr für die tatsächliche Richtigkeit der Erinnerung. Vielmehr sind seine Entstehungsbedingungen, wie das namentlich bei unseren Kranken deutlich genug hervortritt, in weiten Grenzen von der Übereinstimmung zwischen Wirklichkeit und Erinnerungsinhalt unabhängig.

Der Inhalt der Erzählungen der Kranken lässt vielfach die Neigung zu wahnhafter Färbung erkennen. Namentlich Verfolgungs- und Grössenideen mischen sich ein und beeinflussen die Erinnerungsfälschungen. Der Kranke ist das Opfer feindlicher Machenschaften, die ihm bei wiederholten Gelegenheiten entgegengetreten sind. Feinde haben sich in verschiedener Verkleidung ihm zu nähern gesucht, ihn verleumdet, geheimnisvolle Angriffe auf ihn herbeigeführt, Angehörige und Vorgesetzte gegen ihn aufgehetzt. Bisweilen scheinen hier nächtliche delirante Erlebnisse eine gewisse Rolle zu spielen. Der Kranke meint, dass jemand in sein Zimmer gestiegen sei, ihm etwas entwendet, ihn zu betäuben versucht habe, doch ist auch dabei die Möglichkeit von Erinnerungsfälschungen nicht auszuschliessen. Auf der anderen Seite entwickeln sich hie und da blühende Grössenideen, die vollkommen an die Paralyse erinnern. Der Kranke hat wunderbare Reisen gemacht, die fabelhaftesten Tiere erbeutet, ein

riesiges Vermögen erworben, hohe Orden erhalten, ist vom Kaiser ausgezeichnet worden. Alle diese Wahnbildungen sind fortwährendem Wechsel unterworfen, entstehen und wandeln sich unter den Einflüssen des Augenblickes. Dennoch kehren gewisse Züge oft längere Zeit hindurch immer wieder, die Vorstellung, von irgend einem Feinde mit wechselndem Namen verfolgt zu werden, sich der besonderen Gunst hochgestellter Personen zu erfreuen. Im Beginne der Krankheit scheinen bisweilen auch Sinnestäuschungen vorzukommen, drohende Stimmen, gespenstische Erscheinungen; späterhin verlieren sie sich; höchstens wird noch einmal Brausen und Klingen im Ohre, Funkensehen und dergl. angegeben.

Die Verstandesleistungen pflegen, wenn man von der Einbusse an Gedächtnisstoff und der Merkstörung absieht, keine schwerere Beeinträchtigung darzubieten. Die Kranken zeigen über fernliegende Dinge oft ein gutes, ihrem Bildungsgrade entsprechendes Urteil, begreifen Einwendungen, die man ihnen macht, antworten schlagfertig und wissen die krankhaften Lücken ihrer Erinnerung ganz geschickt zu verdecken. Dagegen fehlt ihnen nicht nur das klare Verständnis für die Schwere ihres Krankheitszustandes, auch wenn sie denselben im allgemeinen empfinden, sondern vor allem das Bedürfnis, über den Umfang der Störung Aufschluss zu gewinnen und die Fehler zu berichtigen. Ebensowenig haben sie Neigung und Ausdauer zu irgend einer ernsthaften Beschäftigung. Sie schreiben wohl Briefe oder führen einen Auftrag aus; sich selbst überlassen, leben sie wunschlos und tatenlos in den Tag hinein. Einer meiner Kranken, der sonst durchaus nicht blödsinnig war, verschlief Monate lang fast den halben Tag, war nicht aus dem Bette zu bringen und erklärte mit grösster Seelenruhe, es sei ihm recht, wenn sich sein ganzes weiteres Leben in dieser Form abspielen werde.

Die Stimmung der Kranken ist im Anfange vorwiegend ängstlich, späterhin ziemlich gleichgültig, stumpf, bisweilen misstrauisch und gereizt, in anderen Fällen mehr gleichmässig zufriedenen, oft auch deutlich humoristisch gefärbt. In der Regel ist die Gemütslage leicht zu beeinflussen und schlägt dann unter Umständen in oberflächliche, weinerliche Gerührtheit um. In ihrem Handeln und Benehmen sind die Kranken nach Ablauf

der ersten Stürme völlig geordnet und unauffällig. Sie kümmern sich wenig um ihre Umgebung, verhalten sich ruhig, vernachlässigen aber leicht ihr Äusseres. Infolge ihrer Erinnerungsfälschungen unterlassen sie bisweilen gewohnte Verrichtungen, wie das Waschen, weil sie glauben, sie schon erledigt zu haben, oder sie wiederholen andere, die sie wieder vergessen haben. So kommt es, dass sie dem Arzte immer die gleichen Geschichten und Wünsche vortragen oder viele einförmige Briefe schreiben und über die Antwort höchlichst überrascht sind, da ihnen entfallen war, dass sie ihre Fragen schon oft gestellt hatten. Ein Kranker blieb plötzlich im Bett liegen, weil er glaubte, dass es der Arzt angeordnet habe; er hörte auf, seiner Frau zu schreiben, weil er meinte, eine Scheidungsurkunde unterzeichnet zu haben. Sonst wird das Handeln durch die Wahnvorstellungen nicht erheblich beeinflusst. Ein Kranker, der sich von den Wärtern gewürgt und bedroht glaubte, verkehrte mit denselben nach wie vor ohne irgend eine Andeutung von Abneigung oder Gereiztheit.

Die körperlichen Begleiterscheinungen der Korssakowschen Psychose sind gewöhnlich diejenigen einer Alkoholneuritis; dass sie bisweilen fehlen können, wurde bereits erwähnt. Schon in der Vorgeschichte wird vielfach angegeben, dass die Kranken an Schwäche und Unsicherheit auf den Beinen, Reissen, Muskelschwund gelitten haben. Die Stärke, mit der die neuritischen Störungen ausgebildet sind, ist sehr verschieden. Gelegentlich sieht man Paraplegien mit hochgradigstem Schwunde ausgedehnter Muskelgruppen; meist jedoch beschränkt sich die Erkrankung auf leichtere Lähmungserscheinungen, Schlaffheit und Volumsabnahme gewisser Muskelgebiete, namentlich an den Beinen, Rombergs Zeichen, Druckempfindlichkeit der Nerven und Muskeln, mehr oder weniger ausgebreitete Anästhesien, Parästhesien oder Hyperästhesien, Erlöschen, seltener Steigerung der Sehnenreflexe, Schwerfälligkeit des Ganges, leichtere oder schwere Ataxie, Blasenstörungen. Die bisweilen beobachtete Pulsbeschleunigung und Atemnot kann man vielleicht auf eine Beteiligung des Vagus zurückführen. Ferner kommen Schluckstörungen, verwaschene Sprache, Facialisparese, namentlich aber Lähmungen der Augenmuskeln (Abducens) hie und da vor. Die

Pupillen sind oft different, zeigen geringe Beweglichkeit, in vereinzelten Fällen Lichtstarre. Die gespreizten Finger zittern. Sehr häufig sind in der Vorgeschichte wie im Verlaufe der Krankheit ausgeprägte epileptiforme Anfälle.

Neben diesen Krankheitserscheinungen begegnen uns gewöhnlich noch eine Reihe von anderen, die zum Teil durch den chronischen Alkoholismus bedingt werden. Dahin gehört das allgemeine Darniederliegen der Ernährung, das Erbrechen, der Mangel an Esslust, der unruhige, durch Aufschrecken gestörte Schlaf. Öfters findet man ferner Schwellung oder Verkleinerung der Leber, Icterus, Ascites, Ödeme, nephritische Erkrankungen.

Der ersten stürmischeren Entwicklung der Krankheit folgt in der Regel eine Zeit langsameren Verlaufes, doch kann in einzelnen Fällen mit zunehmender Herz- und Atmungslähmung und dem Eintreten soporöser Zustände der Tod erfolgen. Gar nicht selten sehen wir auch eine rasch fortschreitende Tuberkulose dem Leben ein Ende machen. Meist jedoch pflegt sich nach einigen Monaten allmählich eine fortschreitende Besserung einzustellen, Rückkehr der Orientierung und Nachlassen der Vergesslichkeit, Schwinden der neuritischen Erscheinungen. In einer kleinen Zahl von Fällen schreitet diese Besserung im Verlaufe von fünf bis neun Monaten soweit fort, dass der Kranke in seine häuslichen Verhältnisse zurückkehren kann, doch scheint regelmässig grosse Ermüdbarkeit, Unzuverlässigkeit des Gedächtnisses, gemütliche Stumpfheit, Reizbarkeit, Willensschwäche und Mangel an Tatkraft zurückzubleiben. Jede Rückkehr zum Alkoholmissbrauche pflegt hier in kürzester Frist sehr bald ein erhebliches Fortschreiten der Krankheitserscheinungen zur Folge zu haben. In der Regel führt schon der erste ausgeprägte Krankheitsanfall zu einem dauernden, unheilbaren Schwachsinn, der seinen Ursprung vielfach noch durch das Fortbestehen der Erinnerungsfälschungen erkennen lässt.

Die pathologische Anatomie der Erkrankung hat uns einstweilen nur die Tatsache aufgedeckt, dass wir es mit ausgedehnten Veränderungen und Zerstörungen des Nervengewebes von der Rinde bis zu den peripheren Nerven zu tun haben. Die Nervenzellen bieten die gewöhnlichen Zeichen akuter Schädigung dar; die Fasern zeigen in verschiedener Ausdehnung

Zerfallserscheinungen, namentlich nach längerer Dauer der Krankheit, am stärksten ausgeprägt in der Gegend der Centralwindungen. Auch im Rückenmarke findet sich weit verbreiteter Faserschwund, besonders in den Gollschen Strängen; seine Verteilung soll nach Heilbronners Untersuchungen ungefähr der Ausbreitung der neuritischen Erkrankung entsprechen. Von Wichtigkeit sind ferner noch die vielfach nachweisbaren Blutungen, die anscheinend im ersten Abschnitt der Krankheit eintreten und von Bonhöffer nicht sowohl auf die weniger ausgeprägten Gefässveränderungen, als auf Thrombosen durch ein kreisendes Blutgift zurückgeführt werden. Sie haben ihren Sitz mit Vorliebe im centralen Höhlengrau und sind in der Regel als die Ursache der Augenmuskellähmungen zu betrachten. Elsholz und namentlich Bonhöffer haben darauf hingewiesen, dass die von Wernicke beschriebene Polioencephalitis acuta hämorrhagica superior sich häufig mit der Korssakowschen Psychose verbindet und als eine zum mindesten sehr nahe verwandte Äusserung des Alkoholsiechtums anzusehen ist. Abgesehen von diesem, wohl dem schweren Alkoholismus angehörenden Befunde, kann das anatomische Bild der Korssakowschen Psychose zur Zeit noch nicht als kennzeichnend gelten; es lehrt uns aber wenigstens so viel, dass wir es mit einer Schädlichkeit zu tun haben, die in grösstem Umfange das Nervengewebe zu zerstören geeignet ist. Die Wirkung erstreckt sich bis in die peripheren Nerven, noch weiter, als diejenige des paralytischen Giftes, aber sie scheint dennoch in der Hirnrinde eine weniger eingreifende zu sein, da sie hier nicht die Schrumpfungsvorgänge erzeugt wie jenes.

Auf die nahen Beziehungen der Korssakowschen Psychose zum Alkoholismus ist schon vielfach hingewiesen worden. Jolly hat sie geradezu als eine schwerere Form des Delirium tremens betrachtet, und Bonhöffer beschreibt sie unter dem Namen des chronischen Deliriums. Die Häufigkeit, mit der sich die Krankheit bei Deliranten entwickelt, schätzt Bonhöffer auf 3%, findet aber nach mehrfacher Wiederholung des Deliriums schon 11%. Frauen erscheinen ihm verhältnismässig mehr gefährdet, als Männer. Diese Erfahrungen würden die Auffassung stützen, dass der Korssakowschen Krankheit nur eine Steigerung des Krankheitsvorganges zu Grunde liegt, der das Delirium tremens verursacht.

Es dürfte sich daher aus allgemeinen klinischen Gründen dringend empfehlen, die hier geschilderte, auf dem Boden des Alkoholismus erwachsende Krankheit grundsätzlich von allen Bildern anderer Entstehung abzutrennen, auch wenn sie die gleichen Zeichen darzubieten scheinen. Schon der Umstand, dass gelegentlich bei Paralytikern ganz ähnliche Zustandsbilder zur Entwicklung kommen, sollte uns vor einer Überschätzung der klinischen Bedeutung von Merkstörung und Erinnerungsfälschungen warnen. Wir müssen, wie ich glaube, bis zum Beweise des Gegenteils mit aller Schärfe an dem Satze festhalten, dass Krankheitsvorgänge mit unzweideutig verschiedenen Ursachen nicht wesensgleich sein können, auch wenn wir die Zustandsbilder zeitweise nicht klar auseinanderzuhalten im stande sind.

Zunächst wird uns immer die Entstehungsgeschichte und der weitere Verlauf deutliche Unterschiede aufweisen. So gleichen die verwirrten Erregungszustände im Beginne jener infektiösen Schwächezustände, die der Korssakowschen Psychose ähneln, durchaus nicht dem Delirium tremens. Die Benommenheit und Verworrenheit ist viel stärker ausgeprägt, während die Sinnestäuschungen zurücktreten; das Zittern und die kennzeichnende Unruhe fehlt; die Stimmung hat nicht die alkoholische Färbung. Die Prognose scheint sich ganz wesentlich günstiger zu gestalten, als bei den alkoholischen Formen. Ich bezweifle übrigens nicht, dass bei eingehender Zergliederung der einzelnen Störungen auch die Zustandsbilder der infektiösen und der alkoholischen Erkrankungen, trotz aller Ähnlichkeiten, noch gewisse klinisch verwertbare Unterschiede werden erkennen lassen.

Jedenfalls trifft das zu für die Abgrenzung der Korssakowschen Psychose von der Paralyse. Auch dabei wird man zunächst Gewicht auf die Vorgeschichte legen müssen, hier Lues, dort Alkoholismus, hier meist langsame Entwicklung mit den bekannten Vorboten, dort in der Regel rasche Entstehung unter deliranten Erscheinungen. Im Zustandsbilde sprechen ausgeprägte neuritische Störungen, Augenmuskellähmungen, das kennzeichnende Zittern weit mehr für die Korssakowsche Psychose, während Andeutungen von Aphasie, Silbenstolpern, starke Paragraphie, cerebrale Lähmungserscheinungen die Paralyse wenigstens wahrscheinlich machen. Auf psychischem Gebiete ist

die stumpfe oder humoristische Stimmungslage des Alkoholisten gegenüber der blöden Glückseligkeit des Paralytikers, namentlich aber die Urteilsschwäche dieses letzteren gegenüber der reinen Gedächtnis- und Merkstörung des ersteren zu beachten. Zudem pflegt in der Paralyse die Gedächtnisschwäche nicht zeitlich umgrenzt zu sein, sondern auch die in der Jugend erworbenen Vorstellungen stärker in Mitleidenschaft zu ziehen. Immerhin kann es bisweilen erhebliche Schwierigkeiten bieten, nur aus dem Zustandsbilde einen abgelaufenen, einfach verblödeten Fall von Korssakowscher Psychose von einer Paralyse zu unterscheiden.

Auch in der Presbyophrenie beobachten wir ein Zustandsbild mit schwerer Merkstörung, Verlust der Orientierung und Erinnerungsfälschungen. Abgesehen davon, dass es sich hier immer um Kranke der höheren Lebensalter handelt, während die Korssakowsche Psychose sich meist zwischen dem 40. und 50. Lebensjahre entwickelt, abgesehen von dem Fehlen der alkoholischen Vorgeschichte, namentlich aber der neuritischen Zeichen, ist die Regsamkeit der Kranken eine viel grössere; sie sind mitteilsam, oft geschwätzig, kümmern sich um ihre Umgebung, bisweilen in sehr unliebsamer Weise, zeigen eigentümlich kindischheitere Stimmung und eine gewisse geschäftige Unruhe, besonders nachts. Zudem gestalten sich Entwicklung, Verlauf und Ausgang der Krankheit wesentlich anders, als bei der Korssakowschen Psychose. Schwierigkeiten der Abgrenzung könnten daher höchstens in solchen Fällen entstehen, in denen gleichzeitig starker Alkoholmissbrauch mit seinen Folgen stattgefunden hat.

Die Behandlung der Korssakowschen Psychose besteht wesentlich in der dauernden Entziehung des Alkohols, die allerdings wegen der Willensschwäche der Kranken meist nur bei ständiger Anstaltspflege oder unter ganz besonders günstigen Familienverhältnissen durchzuführen sein wird. In den ersten Abschnitten der Erkrankung dürfte sich dasselbe Verfahren empfehlen wie im Delirium tremens; späterhin kann man versuchen, durch Gymnastik, Kneten und Faradisation der Muskeln den Ausgleich der neuritischen Störungen zu befördern. Auch eine gewisse Besserung der Merkstörung und die Erhaltung der Gedächtnisreste lässt sich vielleicht durch planmässige Übungen erreichen.

Eine weitere eigenartige Form des alkoholischen Irreseins stellt der hallucinatorische Wahnsinn der Trinker*) (Wernickes akute Hallucinose der Trinker) dar. Es handelt sich dabei um die rasche Entwicklung eines zusammenhängenden Verfolgungswahns, vorzugsweise auf Grund von Gehörstäuschungen, bei nahezu völliger Klarheit des Bewusstseins. Der Beginn der Erkrankung ist in der Regel ein plötzlicher; seltener geht derselben ein kurzes Vorläuferstadium voran, mit grundloser Verstimmung, Reizbarkeit, Erschwerung des Denkens, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit. Die ersten Täuschungen setzen gern gegen Abend oder in der Nacht ein. Den Kranken überfällt eine lebhafte Angst; ihm wird heiss; der Schweiss bricht aus, und er hört nun allerlei unbestimmte Geräusche, Rauschen, Bienensummen, Glockenläuten, Schiessen, dann einzelne Äusserungen oder auch ganze Gespräche, die sich mit seiner Person beschäftigen. Von der Strasse her, vom Gang draussen, aus dem Nebenzimmer tönen die Stimmen, bisweilen flüsternd, bisweilen mit vollkommener Deutlichkeit. Hie und da werden sie nur mit einem Ohre wahrgenommen. Meist sind es die Stimmen von Bekannten, oder sie werden doch bestimmten Personen, Polizisten, dem Staatsanwalt, den Sozialdemokraten zugeschrieben.

Der Inhalt dieser Täuschungen ist für den Kranken meist wenig angenehm. Er hört Vorwürfe und Drohungen; er sei ein Lump, ein Taugenichts, habe über Kaiser und Krone geschimpft, Gotteslästerungen begangen, eine goldene Uhr gestohlen, wichtige Papiere zerrissen; es ist ein Preis auf ihn gesetzt; man wird ihn durchprügeln, mit Steinen werfen, lynchen, erschiessen, abstechen wie ein Schwein. Weit seltener sind Mitteilungen, dass ein Vorgesetzter sich sehr anerkennend geäussert habe, dass der Kranke zur Beförderung vorgeschlagen werde und dergl. Vielfach beziehen sich die Stimmen auf alle möglichen Erlebnisse aus der Vergangenheit, hecheln in Spottliedern und Knittelversen sein früheres Leben durch oder begleiten mit höhnischen, neckenden Bemerkungen die Handlungen und Bewegungen des Kranken, machen sich über seine Kleidung lustig, lachen über seine Angst,

---

*) Ilberg, Festschrift zum fünfzigjährigen Bestehen des Stadtkrankenhauses Dresden. 1899.

erzählen, dass die Frau vergewaltigt worden, gestorben, dass den Kindern der Hals abgeschnitten worden sei. Bisweilen folgen sie auch seinen Gedanken, sprechen sie laut aus, machen Einwendungen, verspotten sie. Zunächst sind es gewöhnlich nur einzelne abgerissene Bemerkungen, die „telephoniert“ werden, oft in rhythmischem Tonfalle, so dass man ihre Anknüpfung an Gefässgeräusche, das Ticken der Uhr, fallende Tropfen, gut verfolgen kann; auch andere Eindrücke, Plätschern, Pfeifen, Wagenrollen, geben öfters die Anregung für das Auftreten der Stimmen. Später kommt es vielfach zu langen, eingehenden Unterhaltungen, Beratungen über die zweckmässigste Art, dem Kranken zu Leibe zu gehen, zu Wechselreden zwischen Verfolgern und Verteidigern, ganzen Gerichtsverhandlungen. Ein Kranker hörte im Nebenzimmer den Staatsanwalt eine lange Anklageschrift verlesen, dass er neunfacher Mörder und zum Tode verurteilt sei. Ein anderer hörte im Gasthause den Wirt mit Frau und Tochter streiten, ob man ihn erschiessen solle oder nicht; unterdessen begehrten Verwandte unten Einlass, und auf der Strasse schrie jemand: „Das ist ja ein Bordell!“ In diesen Fällen spielt sich alles so natürlich ab, dass der Kranke auch keinen Augenblick an der Wirklichkeit des von ihm vermeintlich durchlebten Abenteuers zweifelt. Fast immer wenden sich die Stimmen nicht geradezu an ihn, sondern er ist gewissermassen nur unfreiwilliger Zuhörer; seltener werden ihm einzelne Schimpfworte unmittelbar zugerufen oder Befehle erteilt.

Ausser den Gehörstäuschungen bestehen in manchen Fällen vorübergehend solche anderer Sinne. Gesichtstäuschungen treten namentlich des Nachts auf und haben meist einen ziemlich unbestimmten Inhalt. Der Kranke sieht alles blau, Funken vor den Augen, Feuerschein, Tupfen an der Wand, nimmt drohende Gestalten, Schatten wahr, die auf ihn zukommen, ihn berühren. Fliegen schwirren in der Luft; Ungeziefer kriecht auf dem Bett; grosse Hunde laufen durchs Zimmer; die Gegenstände erscheinen doppelt. Der Kranke fühlt, wie ihm ein Messer in den Rücken gestossen, wie er angespritzt wird, wie Kugeln auf seinen Körper aufprallen. Das Essen hat einen eigentümlichen Geschmack, wirkt aufregend.

In Verbindung mit den Hallucinationen entwickeln sich regel-

mässig bei dem Kranken ausgeprägte Wahnvorstellungen. Er gewinnt die Überzeugung, dass er Gegenstand der allgemeinen Aufmerksamkeit ist, dass alle Welt über ihn spricht, ihn beobachtet und bedroht. Er erinnert sich jetzt irgend eines unliebsamen Vorfalles, einer unbedachten Äusserung oder Handlung, die ihm die Feindschaft dieser oder jener Personen zugezogen haben kann. Offenbar hat man seinen ganzen Lebensschicksalen nachgespürt, ihm Geheimpolizisten nachgeschickt, Mittel und Wege gefunden, ihn auf das genaueste zu überwachen, jede seiner Bewegungen, ja jeden Gedanken sofort zu bemerken. Es müssen besondere Vorrichtungen bestehen, die das ermöglichen, geheime Beobachtungslöcher, hohle Wände, elektrische Signalapparate, Telephone, Spiegel und dergl. Die Feinde stehen draussen und lauern ihm auf, versammeln sich in einem nahe gelegenen Hause, schiessen zum Fenster herein; das Blutgerüst wird aufgerichtet. Die Schaffner des Bahnzuges, in dem er fährt, machen auf jeder Station die Leute auf ihn aufmerksam; sobald er aussteigt, pfeift es. Infolgedessen wird er misstrauisch gegen seine Umgebung, die alle seine Wahrnehmungen einfach in Abrede stellt, hinter seinem Rücken aber, wie er durch die Stimmen erfährt, gegen ihn arbeitet. Gelegentlich werden nun auch wirkliche Eindrücke im Sinne der Verfolgungsideen gedeutet. Ein harmloser Mitreisender in der Eisenbahn führt Böses im Schilde, so dass der Kranke auf der nächsten Station den Zug verlässt und in entgegengesetzter Richtung weiterfährt; ein Mann, der sich mit einem grossen Messer am Nebentische die Cigarre abschneidet, erscheint in höchstem Masse verdächtig. In den Zeitungen finden sich feindselige Anspielungen; die harmlose Äusserung, dass das Fleisch nicht reiche, macht dem Kranken klar, dass man ihn abschlachten wolle.

Meist halten sich diese Wahnbildungen im Bereiche des Möglichen und erscheinen als Erklärungsversuche für die im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehenden Gehörstäuschungen. Bisweilen aber gewinnen diese letzteren wie die Wahnvorstellungen einen ganz abenteuerlichen Inhalt und erinnern ganz an die Erlebnisse im Delirium tremens. Der Kranke wird zum Tode geführt, liegt schon unter dem Fallbeile, bis plötzlich die Begnadigung eintrifft; die Ärzte beraten darüber, wie sie ihn venerisch machen und seinen Leichnam teuer verkaufen können. Hier ge-

sellen sich auch vielfach Grössenideen hinzu. Einer meiner Kranken erhielt als Auszeichnung vom Kaiser die Erlaubnis, sich zu seinem Namen Schindler noch „Schwindje“ nennen zu dürfen, wurde zum Abraham a Santa Clara mit einer Million Jahresgehalt ernannt, erhielt Milliarden und sollte von der Königin von England adoptiert werden; ein anderer hörte, dass der Reichstag fünf Millionen für ihn hinterlegt habe, und suchte seine Ansprüche auf der Bank geltend zu machen.

Das Bewusstsein ist in der Regel kaum getrübt. Es besteht nur eine ganz geringe, erst bei genauerer Beobachtung auffallende Benommenheit und Verstörtheit. Doch kommen im Beginne und nachts vorübergehend leichte delirante Zustände vor. Sonst ist der Kranke besonnen, über seine Umgebung orientiert, denkt im ganzen folgerichtig und vermag über seine Krankheitserscheinungen zusammenhängende Auskunft zu geben. Häufig fällt jedoch eine gewisse Unsicherheit und Verschwommenheit in der zeitlichen Ordnung der wahnhaften Erlebnisse auf. Eine klare Krankheitseinsicht ist nicht vorhanden; meist betrachtet der Kranke die Zumutung einer Geistesstörung geradezu als einen besonders heimtückischen Schachzug seiner Verfolger, die ihn nunmehr auch noch „närrisch“ machen wollen. Gleichwohl hat er oft ein deutliches Gefühl für die Veränderung, die sich mit ihm vollzogen hat. Er sucht daher bisweilen selbst ein Krankenhaus auf oder gibt auf die plötzliche Frage, wie lange er schon krank sei, zunächst unbefangen die richtige Antwort, auch wenn er sich vorher für völlig gesund erklärt hat. Andere Kranke sprechen geradezu von ihrer „temporären Verrücktheit“, ihrer „Nervenschwäche“, ihrem „angeblichen Verfolgungswahn“, ohne doch die Krankheitserscheinungen im einzelnen berichtigen zu können. Einer meiner Kranken tröstete sich gegenüber den Todesdrohungen mit der Bemerkung, dass man einen geisteskranken Kerl ja doch nicht hinrichten könne.

Die Stimmung der Kranken lässt meist jene eigentümliche Mischung von Angst und Humor erkennen, wie wir ihr schon beim Delirium tremens begegnet sind. Die Kranken erzählen ihre schrecklichen Erlebnisse mit merkwürdigem Gleichmute, lachen dabei vielleicht selbst darüber, dass man ihnen zu viel Aufmerksamkeit schenke, sie für Raubmörder halte. Namentlich in der

ersten Zeit indessen überwiegt regelmässig die Angst, die gerade hier ungemein häufig zu ernsthaften Selbstmordversuchen führt. Ein Kranker stürzte sich ins Wasser, weil er gehört hatte, dass ihn vier Männer zum Frühstück verzehren wollten; ein anderer suchte sich die Pulsadern mit einem Beil aufzuhacken. Wieder ein anderer kletterte nach einem missglückten Selbstmordversuche vor Angst in den Kamin einer Polizeiwache, in dem er ohne Nahrung drei Tage lang verborgen blieb, um endlich von selbst wieder hervorzukriechen. In den Zwischenzeiten jedoch sind die Kranken ruhig, mit sich selbst beschäftigt, kümmern sich wenig um die Vorgänge in ihrer Umgebung, geben einsilbige, zutreffende, aber oft etwas zusammenhangslose Antworten, erzählen nicht viel aus eigenem Antriebe. Erst mit beginnender Besserung erfährt man dann die Einzelheiten ihrer wahnhaften Erlebnisse.

Das Benehmen ist im allgemeinen geordnet, so dass die Kranken bisweilen noch wochenlang ihren Geschäften nachzugehen, selbst Reisen zu machen imstande sind. Öfters begehen sie dabei allerdings ganz absonderliche Handlungen, die sich später aus ihren Wahnideen erklären. Ein derartiger Kranker sprang stundenlang im Zimmer umher, um seinen Feinden kein sicheres Ziel zu bieten, und brachte dabei mit seinem Taschenmesser ein knackendes Geräusch hervor, damit man glauben solle, er besitze einen Revolver. Andere verkriechen sich unter die Betten, bauen Barrikaden vor ihrer Türe, legen sich an der Fensterwand auf den Boden, um nicht getroffen zu werden, oder verschaffen sich Waffen, um im Notfall ihr Leben so teuer wie möglich zu verkaufen. Ein Kranker flüchtete sich in das Krankenhaus, bat, in eine Zelle eingesperrt zu werden, und verkroch sich dort unter das Bett, um sich so in Sicherheit zu bringen. Seltener schreiten sie in der Verzweiflung geradezu zum Angriffe auf ihre vermeintlichen Verfolger. Der Schlaf der Kranken ist regelmässig erheblich gestört, weniger der Appetit, der jedoch bisweilen durch die bekannten Magenbeschwerden der Trinker oder durch Vergiftungsideen beeinträchtigt wird. An den Händen und an der Zunge besteht öfters, aber nicht immer, alkoholisches Zittern; auch neuritische Erscheinungen werden beobachtet. Das Körpergewicht pflegt stark zu sinken.

Nach ihrem Verlaufe lassen sich im allgemeinen akute und subakute Formen der Psychose auseinanderhalten, die mir jedoch ohne scharfe Grenzen ineinander überzugehen scheinen. Die ersteren haben häufig nur eine Dauer von wenigen Tagen bis zu zwei oder drei Wochen. Auch abortive Formen scheinen vorzukommen, ähnlich wie beim Delirium tremens; wenigstens sind wohl die Fälle so zu deuten, in denen bei Trinkern plötzlich ganz vorübergehend einzelne Gehörstäuschungen, Angstzustände und Verfolgungsideen auftauchen, die Befürchtung, vergiftet, von den Mitarbeitern totgeschlagen, von Polizisten beobachtet zu werden. Die Genesung tritt plötzlich ein; meist fällt es nach einem tiefen Schlafe dem Kranken wie Schuppen von den Augen, dass er das Opfer von Sinnestäuschungen geworden ist. Bonhöffer meint, dass die Aussicht auf einen raschen Verlauf um so grösser sei, je mehr sich das Krankheitsbild demjenigen des Deliriums nähere. Das dürfte im allgemeinen zutreffen, doch habe ich mehrfach Ausnahmen gesehen. In den subakuten Fällen kann sich die Krankheit mit allerlei Schwankungen über eine längere Reihe von Wochen und selbst Monaten hinziehen. Die Täuschungen verlieren sich hier ganz allmählich, treten oft vorübergehend noch wieder auf, auch wenn vorher schon volle Krankheitseinsicht bestand. Die Erinnerung an die Krankheitszeit ist regelmässig eine durchaus klare und scheint sich auf alle Einzelheiten zu erstrecken.

Die Prognose der Krankheit muss im ganzen als eine günstige bezeichnet werden. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle erfolgt vollständige Genesung. Freilich ist die Gefahr des Rückfalles eine recht grosse; die späteren Anfälle pflegen schleppender zu verlaufen. Ich kannte einen Kranken, der im dritten Rückfalle durch Selbstmord endigte. In einzelnen Fällen kommt es schliesslich zur Entwicklung dauernder Schwächezustände mit Sinnestäuschungen und Wahnbildungen.

Der Alkoholwahnsinn ist keine sehr häufige Krankheit; unter den in den letzten Jahren von mir beobachteten Trinkern litten 12—15% an demselben. Alle diese Fälle betrafen Männer in jugendlicherem oder mittlerem Lebensalter. Warum in einem Falle ein Delirium tremens, in einem anderen ein Alkoholwahnsinn entsteht, ist noch gänzlich unbekannt. Man hat diesen letz-

teren bald auf krankhafte Veranlagung, bald auf gehäuften Alkoholmissbrauch zurückführen wollen, doch scheint mir keine der bisher vorliegenden Erklärungen genügend gegründet. Auch die jüngst von Bonhöffer aufgestellte Vermutung, dass der Alkoholwahnsinn sich bei solchen Trinkern entwickle, deren akustisches Wahrnehmungs- und Vorstellungsgebiet infolge persönlicher Veranlagung besonders erregbar sei, kann nicht befriedigen. Abgesehen davon, dass sich die Kranken keineswegs immer durch Leichtigkeit des sprachlichen Ausdrucks und stilistische Gewandtheit auszeichnen, jedenfalls in dieser Beziehung unter den Deliranten vollkommen ihre Gegenstücke finden, scheinen mir die klinischen Unterschiede zwischen beiden Krankheiten in mehrfacher Richtung zu einschneidend zu sein, als dass man sie nur auf eine verschiedene Beteiligung gewisser Rindenabschnitte zurückführen könnte. Wollte man auch mit Bonhöffer annehmen, dass die Schädigungen der akustischen Rindengebiete sich überhaupt langsamer zurückbilden, so bliebe doch unverständlich, warum im Delirium die schwere Merkstörung, die Desorientiertheit, die motorische Unruhe, das Zittern, die Harnveränderungen u. s. f. auftreten, im Alkoholwahnsinn nicht. Nur durch eine Reihe weiterer, mit den klinischen Erfahrungen schwer in Einklang zu bringender Annahmen würde man auf diesem Erklärungswege fortschreiten können. Einstweilen möchte ich daher an der Auffassung festhalten, dass wir es hier mit zwei, allerdings verwandten und schliesslich durch dasselbe Gift erzeugten, aber dennoch wesentlich voneinander verschiedenen Krankheitsvorgängen zu tun haben.

Es ist indessen ohne weiteres zuzugestehen, dass die klinische Abgrenzung zwischen Delirium und Alkoholwahnsinn nicht mit voller Schärfe möglich ist. Insbesondere gibt es Zustände, bei denen die Orientierung nur vorübergehend stärker gestört ist, die Gehörstäuschungen sehr ausgeprägt sind und ein gewisser wahnhafter Zusammenhang zwischen den einzelnen krankhaften Erlebnissen besteht, während doch auf der anderen Seite die erschwerte Auffassung, die Merkstörung, das Hineinspielen von Gesichts- und Gefühlstäuschungen, die Suggestibilität, die Unruhe, das Zittern ihnen den Stempel des Delirium tremens aufdrücken. Soweit wir es hier nicht einfach mit unentwickelten Delirien zu

tun haben, könnte vielleicht eine Mischung von Delirium und Alkoholwahnsinn in Frage kommen, wie wir ja auch bei Epileptikern, Paralytikern, Hebephrenen, Manischen eine alkoholdelirante Färbung ihrer Krankheitszustände oft genug beobachten. Um eine eigentliche Übergangsform zwischen Delirium und Alkoholwahnsinn braucht es sich bei diesem, von Bonhöffer so genannten „systematisierenden Delirium" nicht gerade zu handeln. In der Regel wird übrigens die Erhaltung der Orientierung und Besonnenheit, das Fehlen der Unruhe und der auffallenden körperlichen Zeichen, das Vorherrschen der Gehörstäuschungen, die wahnhafte Verarbeitung der Wahrnehmungen, unter Umständen auch der langsame Verlauf, die Unterscheidung des Alkoholwahnsinns vom Delirium leicht ermöglichen.

Weit schwieriger kann sich die Abgrenzung von gewissen Zustandsbildern der Dementia praecox gestalten. Die Entwicklung des Leidens pflegt jedoch dort eine viel allmählichere zu sein, so dass meist schon allerlei Vorboten bemerkbar geworden sind. Sodann machen sich dort von vornherein auffallende Stumpfheit und Zerfahrenheit geltend, Versiegen der Arbeitslust und Tatkraft, ablehnendes, absonderliches Benehmen, verworrenes Reden, Vorsichhinstarren, plötzliches Auflachen, katatonische Zeichen aller Art. Die Täuschungen richten sich in der Regel an den Kranken unmittelbar, während der Alkoholwahnsinnige sie als unfreiwilliger Zuhörer aufzufassen pflegt; die Wahnbildungen betreffen meist auch das körperliche und geistige Persönlichkeitsbewusstsein, das beim Alkoholwahnsinn unberührt bleibt. Endlich ist die Gemütsbewegung eine sehr oberflächliche; es fehlt sowohl die verzweifelte innere Angst wie der gelegentlich durchbrechende alkoholische Humor. Ganz ähnliche Gesichtspunkte sind für die Abgrenzung von den bisweilen bei der Paralyse und, wie es scheint, bei Tabes vorkommenden hallucinatorischen Zuständen massgebend. Neben der Entwicklungsgeschichte der Krankheit werden namentlich die körperlichen Zeichen zu beachten sein, die Schwäche des Gedächtnisses und Urteils bei der Paralyse, die eigenartige Umgrenzung der Wahnbildung und der Sinnestäuschungen im Alkoholswahnsinn. Bei gewissen Zustandsbildern des manisch-depressiven Irreseins, die ebenfalls ähnliche Formen annehmen können, wird man ausser der wesentlich anderen Vor-

geschichte und den schon berührten Punkten namentlich auf das Vorkommen von Versündigungsideen Gewicht zu legen haben, die dem Alkoholwahnsinn fremd sind. Hier werden dem Kranken Verbrechen zur Last gelegt, die er lebhaft in Abrede stellt; dort trägt er selbst das Schuldbewusstsein in sich.

Die Behandlung des Alkoholwahnsinns besteht in der dauernden, vollständigen Entwöhnung vom Genusse geistiger Getränke. Der Anfall selbst bedarf wegen der grossen Selbstmordgefahr dringend sorgfältiger Überwachung in einer Anstalt; vielleicht kann der Gebrauch von Bädern oder eines Schlafmittels den Eintritt der Genesung beschleunigen.

Wenn wir die Korssakowsche Psychose früher mit Bonhöffer als ein chronisches Delirium auffassten, so haben wir nunmehr gewisser alkoholischer Geistesstörungen zu gedenken, deren Zustandsbilder klinisch etwa einem unheilbar gewordenen hallucinatorischen Wahnsinn entsprechen. Diese Formen, die wir vorläufig unter der Bezeichnung „hallucinatorischer Schwachsinn der Trinker“ (Alkoholparanoia*)) zusammenfassen wollen, bilden in der Tat öfters den Ausgang eines Trinkerwahnsinns, mindestens ebenso oft aber auch denjenigen eines Delirium tremens. Es ist noch nicht beachtet worden, ob es sich im letzteren Falle etwa häufiger um systematisierende Delirien handelt. Bisweilen sind die deliranten Zustände nur angedeutet; in anderen Fällen sind mehrfache ausgeprägte Delirien vorhergegangen. Die Entwicklung der Krankheit vollzieht sich immer rasch, entweder genau in der Form des Alkoholwahnsinns oder unmittelbar nach dem Ablaufe des Deliriums. Die Kranken werden wieder klar über ihre Umgebung, besonnen, ruhig, berichtigen auch einen Teil der deliranten Erlebnisse, bleiben aber unfrei, zurückhaltend und misstrauisch. Sehr bald stellt sich nun heraus, dass zwar die stürmischen Gesichtstäuschungen verschwunden sind, dass aber noch eine Reihe von Sinnestäuschungen fortbestehen, vor allem solche des Gehörs. Die Kranken hören schimpfende, drohende Stimmen, merken, dass die Leute ihre Gedanken hören, in ihre Gedanken hineinreden, sie auf die mannigfaltigste Weise beeinflussen, Gewalt über sie haben. Sie fühlen

*) Luther, Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie, LIX, 20. 1902.

sich hypnotisiert, elektrisiert, chloroformiert, werden künstlich am Schlafen verhindert, meinen, dass man sie „anhauche“, ihnen Rotz ins Gesicht schmiere, die Kleider vertausche, ihnen die Zunge herausstrecke, mit dem Magnet ekelhafte Gerüche mache. In den Zeitungen steht etwas über sie; der Pfarrer auf der Kanzel macht Anspielungen. Ein Kranker hielt Jahre lang an der Vorstellung fest, dass man seinen Leichnam an die Anatomie verkaufen wolle, bat allen Ernstes, man möge ihn nur nicht hinterrücks überfallen, sondern sanft einschläfern. Ein anderer glaubte, anscheinend im Zusammenhange mit Sinnestäuschungen, dass man seine Angehörigen im Keller martere und zerstückele, verlangte darum mit grosser Heftigkeit deren Befreiung.

Sehr häufig haben die Wahnvorstellungen geschlechtlichen Inhalt. Dem Kranken wird an die Geschlechtsteile gegriffen, nachts der Samen abgezogen; die Frau treibt sich die Kinder ab. Ein Kranker sah im spiegelnden Fenster einen nackten Bäckergesellen, zu dem dann der Bürgermeister als Dame mit blauem Schleier kam; er machte daher Anzeige wegen solcher Unzucht. In der Regel findet eine weitere Entwicklung dieser Wahnvorstellungen nicht statt; sie bleiben vielmehr einförmig, werden fast mit denselben Wendungen immer wieder vorgebracht. In einzelnen Fällen aber gewinnen sie einen ganz abenteuerlichen, immerfort wechselnden Inhalt. Die ganze Umgebung ist mit Hexen und Geistern bevölkert, die verschiedene Gestalten annehmen, schimpfen, drohen, einen Druck von 95 Atmosphären erzeugen; alles ist verhypnotisiert und vergiftet; der Teufel und der Engel Gabriel erscheinen und kämpfen miteinander. Auch Grössenideen können sich hinzugesellen, die bald nur halb scherzhaft ausgesprochen werden und sich in bescheidenen Grenzen halten, bald ebenfalls abenteuerliche Formen annehmen. Der Kranke ist Freiherr, besitzt mehrere Landhäuser, soll eine Braut bekommen, hat Geld zu beanspruchen, das für ihn hinterlegt wurde; er ist Bonaparte, Christus, Prophet. Das Urteil über die Umgebung ist, von den schwersten Formen abgesehen, in der Regel ein ganz treffendes; die Kranken behalten auch eine gewisse Regsamkeit, verkehren mit ihren Genossen, verfolgen die Tagesereignisse, zeigen Neigung, sich zu beschäftigen, sind zugänglich und natürlich, soweit ihre Verfolgungsideen nicht in Betracht

kommen. Das Gedächtnis und die Merkfähigkeit pflegen keine auffallenderen Störungen darzubieten. Dennoch lässt sich ein erheblicher Grad von geistiger Schwäche und Stumpfheit nicht verkennen.

Die Stimmung ist im Beginne vorwiegend ängstlich oder gereizt. Die Kranken machen infolgedessen vielfach Selbstmordversuche oder Angriffe auf ihre vermeintlichen Verfolger. Späterhin tritt gewöhnlich mehr eine gemütlich-humoristische Stimmung in den Vordergrund, die sich in der Neigung zu Witzen und scherzhaften Bemerkungen äussert und die anfangs misstrauischen, leicht in heftige Erregung geratenden Kranken lenksam und zugänglich macht. Von körperlichen Störungen finden sich neben dem alkoholischen Zittern vielfach leichtere oder schwerere neuritische Störungen.

Der Verlauf dieser Erkrankung ist, so lange Alkohol genommen wird, ein fortschreitender. Bei strenger Enthaltsamkeit treten Sinnestäuschungen und Wahnbildungen ganz langsam etwas zurück. Vielleicht können sie in einzelnen Fällen allmählich unter Hinterlassung eines einfachen alkoholischen Schwachsinns dauernd verschwinden. Zumeist aber bestehen sie, wenn auch in abgeschwächter Form, viele Jahre hindurch fort. Sehr bemerkenswert sind dabei eigentümliche Schwankungen des Zustandes, die ungemein häufig hervortreten. Zu Zeiten können die Kranken leidlich einsichtig erscheinen, meinen vielleicht selbst, dass sie krank seien, wissen nicht, wie sie zu den dummen Ideen kommen, verkehren auch wohl freundlich mit ihren angeblichen Peinigern. Von einem wirklich klaren Krankheitsverständnisse ist dabei freilich doch nicht die Rede. Zu anderen Zeiten werden die Kranken ohne erkennbaren Anlass gereizt, bringen die alten Klagen vor, hallucinieren, schimpfen, drohen, werden auch wohl gewalttätig, sind aber meist durch Zuspruch leicht zu beruhigen.

Der hallucinatorische Schwachsinn der Trinker ähnelt in hohem Grade gewissen Endzuständen der Dementia praecox. Abgesehen von seiner Entstehungsgeschichte, lässt er sich von denselben, soweit ich bisher erkennen kann, vielfach nur dadurch abgrenzen, dass die Kranken eine grössere geistige und gemütliche Regsamkeit behalten, in ihrem Benehmen zugänglich und

natürlich bleiben, die eigentümlich alkoholische Stimmung zeigen und die mannigfachen absonderlichen Willensstörungen der Katatoniker nicht darbieten; auch pflegen die Krankheitserscheinungen bei dauernder Alkoholentziehung nicht wesentlich weiter fortzuschreiten, sich öfters sogar zurückzubilden. Allerdings gibt es einzelne Fälle, in denen wir bei schwerem Alkoholismus auch ausgeprägt katatonische Krankheitsbilder beobachten. Einstweilen halte ich es indessen für gerechtfertigt, in solchen Fällen eine Verbindung beider Krankheiten anzunehmen, da wir gerade bei dem unmittelbaren Anschlusse an das Delirium tremens Bilder sich entwickeln sehen, die sich in den oben aufgeführten Punkten so scharf von den katatonischen Zuständen unterscheiden, dass nachträglich aus den klinischen Zeichen allein mit erheblicher Wahrscheinlichkeit auf den alkoholischen Ursprung zurückgeschlossen werden kann.

Ein Rückblick auf die zuletzt beschriebenen Formen alkoholischer Geistesstörungen scheint dafür zu sprechen, dass unter dem Einflusse jenes Giftes zwei verschiedene Reihen von klinischen Erscheinungen zur Entwicklung kommen können, einerseits die deliriöse Störung der Merkfähigkeit und der Auffassung, andererseits die Sinnestäuschungen und die Wahnbildungen. Die erstere Gruppe von Störungen finden wir schon bei der akuten Alkoholwirkung und beim einfachen chronischen Alkoholismus, die letztere nicht. Man könnte daher daran denken, dass wir dort wesentlich wirkliche Alkoholwirkungen, hier dagegen mittelbare Folgen des Giftes vor uns hätten. Es würde dann begreiflich, dass sich beide Gruppen von Erscheinungen in bestimmten klinischen Krankheitsbildern miteinander verbinden, andererseits aber auch wieder eine gewisse Sonderausbildung gewinnen könnten. Möglich ist es natürlich auch, dass die schweren Merkstörungen nicht unmittelbar durch den Alkohol, sondern ebenfalls erst durch Zwischenglieder hervorgerufen werden. Jedenfalls aber ist es beachtenswert, dass die beiden angeführten Erscheinungsreihen, obgleich sie auf die gleiche letzte Ursache zurückgeführt werden müssen, eine ganz selbständige Entwicklung nehmen können.

Von dem hallucinatorischen Schwachsinn der Trinker ist grundsätzlich eine andere, ebenfalls mit Wahnbildungen einher-

gehende Erscheinungsform des chronischen Alkoholismus abzutrennen, die wir als Eifersuchtswahn der Trinker bezeichnen.

Diese Störung entwickelt sich unmittelbar aus gewissen Grundzügen, welche wir schon früher im einfachen alkoholischen Schwachsinn vorgefunden haben. Die aus der Trunksucht als notwendige Folge hervorgehenden ehelichen Zerwürfnisse und die dadurch bedingte Entfremdung der Ehegatten, die Abneigung der Frau und vielleicht auch die allmählich sich einstellende Impotenz bei oft gesteigerter geschlechtlicher Erregung bringen den Trinker, der ohnedies nur zu sehr geneigt ist, die Schuld für das von ihm heraufgeführte Unheil in seiner Umgebung zu suchen, allmählich auf die Idee, dass eine sträfliche Neigung seiner Frau zu anderen Männern der wahre Grund der veränderten Stellung sei, welche dieselbe zu ihm einnimmt. Überaus kennzeichnend pflegt die Begründung dieser Eifersucht zu sein. Die Einmischung des Nachbarn in einen ehelichen Streit, ein freundlicher Blick, eine versteckte Anspielung, die der Kranke auffängt, ein anscheinend geheimnisvoller Brief, der ihm in die Hände fällt, die verdächtige Ähnlichkeit eines Kindes mit dem vermeintlichen Nebenbuhler, ein im Dunkeln an ihm vorüberhuschendes Paar, welches er zu erkennen glaubt, lassen ihn an dem Tatbestande des Ehebruchs keinen Augenblick mehr zweifeln. Die Leute munkeln allerhand; die Frau kriegt einen roten Kopf, wenn Männer ins Geschäft kommen, wird in verdächtiger Stellung mit dem Schwiegersohne getroffen, ist leichenblass beim Eintreten des Mannes; sie gehorcht nicht mehr wie früher, war schon vor der Ehe mannstoll, macht sich verdächtige Einspritzungen, ist unten „aufgeweitet“. Die Wohnung ist „passend für ein Hurenhaus“, weil die Türe beim Öffnen knarrt; die Schlafstubentüre ist plötzlich verschlossen; es finden sich Farbflecken, die auf einen verdächtigen Tünchergesellen hinweisen. Oder aber er merkt aus dem ganzen feindseligen Verhalten seiner Frau, aus der Schnur, die er als Aufforderung zum Erhängen auf dem Tische findet, aus ihrem Unwillen über sein schroffes Vorgehen gegen den beargwöhnten Nachbar oder Geschäftsführer, dass es mit seinem Verdachte volle Richtigkeit hat. Ein Kranker verleugnete sein Kind, weil er ungefähr zur Zeit

der Empfängnis wenige Tage auswärts gewesen war und die Frau damals einen Nachbar beim Kalben einer Kuh ohne Not, wie er meinte, zu Hilfe gerufen hatte.

Hie und da gesellen sich zur Vervollständigung solcher Anzeichen auch wirkliche Sinnestäuschungen hinzu, eine Gestalt, die der Kranke nächtlicher Weile ins Schlafzimmer treten sieht, ein „Schutzmann in Uniform", der bei seiner Heimkehr aus dem Fenster springt, eine höhnische Bemerkung, die ihm aus dem Nebenzimmer oder von der Strasse herauf zugerufen wird, die Frau habe lange genug bei dem alten Kerl geschlafen. Ein Kranker erzählte mit allen Einzelheiten, dass er sich Beobachtungslöcher in die Wand gebohrt und durch dieselben den Geschlechtsverkehr seiner Frau mit dem Schwiegersohne beobachtet habe; ein anderer schlich sich in der Morgendämmerung zum Schlafzimmer seiner Frau und sah durch die offene Türe seinen Nebenbuhler bei ihr im Bette liegen. Bei derartigen Wahrnehmungen schreiten die Kranken niemals ein, sondern sie erzählen erst später davon; es ist mir daher wahrscheinlich, dass es sich öfters gar nicht um Sinnestäuschungen, sondern um Erinnerungsfälschungen handelt.

Eine weitere Ausbildung über den Rahmen der ungerechtfertigten Eifersucht hinaus gewinnt der Wahn in der Regel nicht, doch bleibt er innerhalb dieser Grenzen durchaus fest und jeder besseren Einsicht völlig unzugänglich. Natürlich entwickelt sich aus ihm eine immer wachsende Erbitterung gegen die Frau und den vermeintlichen Nebenbuhler. Unter dem Einflusse des Alkohols kommt es dann ausnahmslos zu wüsten Auftritten, Misshandlungen, Bedrohungen mit Messer oder Revolver und häufig genug zu gefährlichen Angriffen. Ich kenne aus eigener Erfahrung zwei Fälle, in denen derartige Trinker in blinder Eifersucht und unter dem Einflusse des Alkohols ihre Frauen erschossen; ein anderer brachte seiner Frau, noch ein anderer dem beargwöhnten Nachbar eine lebensgefährliche Verletzung bei. Die Wurzeln des Wahnes wird man unschwer bei sehr vielen Trinkern auffinden; leider aber wird die grosse Gefährlichkeit der ausgebildeten Störung nur allzu leicht verkannt, da die Verstandestätigkeit der Kranken für die oberflächliche Betrachtung oft nahezu gesund zu sein scheint, und da ihre Wahnideen fast keine unsinnigen Bestandteile enthalten, sondern sich

meist im Bereiche des Möglichen, ja des Wahrscheinlichen bewegen.

Oft ist es recht schwierig, die tatsächliche Berechtigung der von den Trinkern vorgebrachten Eifersuchtsideen auszuschliessen. Das Tun und Treiben des Trinkers führt vielfach zu einer wirklichen, ernsten und dauernden Entfremdung der Ehegatten, welche dem Ehebruche die Wege ebnen muss. Massgebend für unsere Beurteilung wird immer die Art der Begründung seiner Eifersucht durch den Trinker sein müssen. Die Eifersucht pflegt überhaupt blind zu sein wie die Liebe, aber die Bestimmtheit, mit welcher der Kranke aus den nichtssagendsten Anhaltspunkten seine Schlüsse zieht, die Überzeugungskraft, die er ihnen auch für Andere beimisst, endlich das gelegentliche Hineinspielen ganz abenteuerlicher Erlebnisse werden zumeist über die wahnhafte Entstehung der Eifersucht keinen Zweifel lassen. Ja, wir werden unter Umständen zu dem Schlusse kommen, dass eine Eifersucht, die durch die tatsächlichen Verhältnisse gerechtfertigt erscheint, dennoch wegen ihrer eigenartigen Begründung als krankhaft betrachtet werden muss. Das wird besonders klar, wenn wir berücksichtigen, wie vollkommen gleichgültig Trinker oft dem wirklichen, offenkundigen Ehebruche ihrer Frau gegenüberstehen, während der Wahn immer zu heftigen Entladungen führt.

Mit der Entziehung des Alkohols verliert der Eifersuchtswahn der Trinker regelmässig seine treibende Kraft. In einer begrenzten Zahl von Fällen werden die Eifersuchtsideen allmählich unumwunden als krankhaft erkannt, allerdings, um mit erneutem Alkoholmissbrauche sehr bald wiederzukehren. Bei anderen Kranken treten sie wenigstens in den Hintergrund, werden verleugnet oder doch nicht mehr geäussert, wenn auch keine wirkliche Berichtigung derselben zu stande kommt. Die Kranken wollen die Vergangenheit ruhen lassen, alles verzeihen, geben zu, dass sie auch manche Fehler gemacht hätten. Sehr auffallend ist in der Regel die lenksame Gemütlichkeit, mit der die Kranken nach der Alkoholentziehung denselben Frauen entgegenkommen, die sie früher in der wüstesten Weise beschimpft und bedroht hatten. Sie ist ein Ausfluss der Willensschwäche, die auch in den günstigst verlaufenden Fällen zurückbleibt.

Wahnhafte Eifersucht kann bei sehr verschiedenen Krank-

heiten zur Beobachtung kommen. Namentlich häufig ist sie im Rückbildungsalter, aber auch in früheren Jahren begegnen wir ihr gelegentlich als Begleiterscheinung einer Dementia praecox. Ohne Kenntnis der Vorgeschichte kann es schwer sein, die alkoholische Form im einzelnen Falle zuverlässig zu erkennen. Mir scheint sie im allgemeinen eine weniger abenteuerliche Gestaltung aufzuweisen. Es fehlen die bei anderen Formen oft auftretenden körperlichen Empfindungen; die Sinnestäuschungen und nächtlichen Erlebnisse sind sehr viel spärlicher, als dort. Dazu kommt das Verblassen der Krankheitserscheinungen, die Versöhnlichkeit und Willensschwäche der Kranken bei erzwungener Enthaltsamkeit, im Gegensatze zu ihrer weit grösseren Leidenschaftlichkeit und Rohheit in der Freiheit.

Wir haben endlich an dieser Stelle noch kurz des Krankheitsbildes der alkoholischen Paralyse zu gedenken, einer Psychose, die sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle als eine einfache Verbindung der Zeichen des chronischen Alkoholismus mit denjenigen der progressiven Paralyse darstellt. Zu der Gedächtnisschwäche, dem Grössenwahn, der gemütlichen Stumpfheit auf der einen gesellen sich Sinnestäuschungen, Eifersuchtsideen auf der anderen Seite; die Sprachstörung des Paralytikers wird begleitet von dem Tremor und den neuritischen Erscheinungen des Alkoholisten. Ausserdem scheinen epileptische Anfälle besonders häufig zu sein. In der Regel ging der Alkoholismus hier der Entwicklung der Paralyse schon lange Zeit voraus; bisweilen aber auch liefert erst diese letztere den Anstoss zu dem unmässigen Trinken, aus welchem die alkoholistischen Krankheitszeichen entspringen.

Auf der anderen Seite sind als „alkoholische Pseudoparalyse"*) solche Fälle beschrieben worden, in denen sich mehr oder weniger ausgeprägte körperliche Störungen (Tremor, Sprachstörung, Ataxie, Lähmungen, Pupillenstarre, Anfälle) mit Gedächtnisschwäche und der Entwicklung eines blühenden Grössenwahnes verbinden. Es handelt sich hier um schwere Fälle von hallucinatorischem Schwachsinn mit den mehr oder weniger ausgeprägten Zeichen der Korssakowschen Psychose. Von der Paralyse

---

*) Klewe, Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie, LII, 595.

unterscheiden sie sich, abgesehen von ihrer Entstehungsgeschichte, durch das Vorherrschen der polyneuritischen Erscheinungen, die lebhaften Sinnestäuschungen und den weiteren Verlauf, der zu einer einfachen alkoholischen Verblödung ohne den fortschreitenden Verfall der Paralyse führt.

B. Der Morphinismus*).

Gegenüber dem Missbrauche alkoholischer Getränke, der auf ein fast ehrwürdiges Alter zurückblicken kann, reicht die Geschichte des Morphinismus wenig weiter, als zwei Jahrzehnte zurück, wenn derselbe auch einen gewissen Zusammenhang mit der altasiatischen Sitte des Opiummissbrauches aufzuweisen hat. Die Erfindung der Pravazschen Spritze und die durch sie herbeigeführte Verbesserung der Anwendungsart hatte einen ausserordentlichen Aufschwung im Gebrauche des Morphiums zur Folge, welches sich nur zu bald als ein sicheres und angenehmes Mittel zur Bekämpfung von Schmerzen und Unbehagen aller Art bewährte. Der wirksamste Hebel für die Ausbildung und Verbreitung des Morphiums lag in dem Umstande, dass der Arzt, unbekannt mit den drohenden Gefahren, aus Rücksichten der Bequemlichkeit dem Kranken die Spritze selbst in die Hand gab, damit er sich je nach Bedarf und nach eigenem Ermessen das ersehnte Wohlgefühl verschaffen könne.

Allein es stellte sich bald heraus, dass unter diesen Verhältnissen das Mittel aus dem Wohltäter zu einem furchtbaren und fast unbezwinglichen Feinde wurde. Die meisten Menschen, welche gewohnheitsmässig kleinere Mengen von Alkohol zu sich nehmen, vermögen demselben, wo es sich als notwendig erweist, leichten Herzens auf kürzere oder längere Zeit zu entsagen. Dagegen zwingt die wahrhaft teuflische Macht des Morphiums denjenigen, der sich einmal an seinen Gebrauch gewöhnt hat, unerbittlich zur Fortsetzung desselben, da jeder Versuch, sich von der Skla-

*) Fiedler, Deutsche Zeitschr. f. prakt. Medizin 1874, 27, 28; Levinstein, Die Morphiumsucht. 3. Auflage, 1883; Erlenmeyer, Die Morphiumsucht und ihre Behandlung. 3. Auflage. 1887: Dizard, étude sur le morphinisme et son traitement, 1893; Rodet, Morphinomanie et morphinisme. 1897.

verei des Mittels zu befreien, sofort zu derartig unangenehmen Erscheinungen führt, dass die menschliche Widerstandskraft dadurch gebrochen wird.

Die psychischen Wirkungen des Morphiums, soweit sie bis jetzt bekannt sind, bestehen, wesentlich verschieden von denjenigen des Alkohols, in einer Erleichterung und Anregung der Verstandesleistungen und in einer Erschwerung der psychomotorischen Vorgänge. Dieses Verhalten, welches sich durch Untersuchungen bei Morphinisten hat bestätigen lassen, macht es verständlich, dass uns der Morphiumrausch in eine Art angenehmer Träumerei versinken lässt, in welcher bunte, wechselnde Phantasiebilder an uns vorüberziehen, während sich gleichzeitig eine sanfte Erschlaffung auf unsere Glieder legt. Wir begreifen es auch, dass Morphinisten gerade unter dem Einflusse des Mittels sich noch zu geistiger Arbeit angeregt fühlen, welche sie in dem Zustande ihrer gewöhnlichen, dauernden Willenlosigkeit nicht mehr zu leisten vermögen. Das gefährlichste Glied der Morphiumwirkung aber ist gerade das eigentümliche, ruhige Lustgefühl, welches sich von demjenigen des Alkoholrausches sehr deutlich durch das vollständige Fehlen der psychomotorischen Reizerscheinungen, des bekannten Tatendranges, unterscheidet. Wie beim Alkohol, ist übrigens auch hier die Gestaltung des Vergiftungsbildes im einzelnen, insbesondere der Grad der Euphorie, recht wesentlich von der persönlichen Anlage abhängig. Ebenso fallen die körperlichen Begleiterscheinungen der Narkose je nach der Eigenart des Menschen, natürlich aber auch nach der Gabe des Mittels verschieden aus. Ein rasch auftretender metallischer oder bitterer Geschmack, Kollern im Leibe, Miosis und Erbrechen sind häufig. Als Nachwehen der Vergiftung werden Eingenommenheit des Kopfes, Schwindelgefühl, Migräne, reichliche Schweisse, grosse Hinfälligkeit und Harnverhaltung beobachtet. Bei Versuchen mit subakuter maximaler Vergiftung fand Nissl die Rindenzellen des Kaninchens verkleinert und verschmälert, aber nicht zerstört. Die gefärbte Substanz war rarefiziert und schwächer gefärbt, die ungefärbte Substanz dagegen auf längere Strecken deutlich sichtbar.

Die Entwicklung des Morphinismus nimmt praktisch bei weitem am häufigsten ihren Ausgang von der ausgezeichneten

schmerzstillenden Wirkung des Mittels. Irgend ein leichteres oder schwereres schmerzhaftes Leiden, Neuralgie, Ischias, Tabes, Magengeschwür, Gelenkrheumatismus, Zahnschmerzen, Schlaflosigkeit, eine traurige Verstimmung gibt den Anlass zur ersten Einspritzung. Ein von mir behandelter Trinker erhielt das Morphium von seinem mit ihm zechenden Hausarzte zur Milderung seiner alkoholischen Beschwerden. Die durch das Mittel erzielte Wirkung ist zumeist die Beseitigung aller quälenden körperlichen und psychischen Reize und die Erzeugung einer überaus behaglichen, befriedigten Stimmung. Dieser günstige Erfolg ist es, der immer von neuem zu einer Wiederholung der Einspritzung treibt, namentlich, wenn das quälende Leiden fortbesteht. Ganz unmerklich aber wird der Gebrauch des Mittels zum Selbstzwecke, zum Lebensbedürfnisse, auch wenn der ursprüngliche Anlass längst beseitigt ist. In ähnlicher Weise, wie bekanntlich die Gründe zum Trinken nach Bedarf jederzeit bei der Hand sind, fehlt es bald auch nicht an mehr oder weniger verschämten Vorwänden für die Morphiumeinspritzung. Das tritt um so sicherer ein, als das Morphium bei längerer Einwirkung wirklich die sittliche Widerstandsfähigkeit gegenüber allen möglichen kleinen Unannehmlichkeiten und Schmerzen beträchtlich herabsetzt. Infolgedessen wird das Verlangen des Kranken nach dem beruhigenden Mittel immer häufiger und dringender. Der entscheidende Schritt ist die Ausführung der Einspritzung durch den Kranken selbst, mit oder ohne Vorwissen des Arztes. Von diesem Augenblicke an ist sein Schicksal besiegelt: er ist dem Morphinismus verfallen.

Meist sucht er sich nunmehr von dem Arzte möglichst unabhängig zu machen. Er kauft sich eine Spritze, oft auch Wage und Gewichte, bezieht sein Morphium mit oder ohne Vermittelung von Leidensgefährten aus der Drogenhandlung, die ihm das Mittel in unverdächtiger Packung zusendet. Die Lösung bereitet der Kranke sich selbst, schliesslich oft nach Gutdünken. Andere ziehen es vor, Rezepte zu fälschen; ich besitze einige solche Beispiele. Auch ein Kollege bediente sich falscher Namen, um nicht in den Verdacht des Morphinismus zu kommen. Vielfach findet man bei den Kranken ausser verrosteten und stumpfen Nadeln ganz trübe, halbverschimmelte Flüssigkeiten, die sie sich trotz-

dem einspritzen, sogar durch die Kleider hindurch. Die Folge sind häufige Abscesse. Vereinzelte Kranke greifen, wenn ihnen die Beschaffung der Spritzen zu schwierig wird, zur innerlichen Anwendung des Morphiums, auch zur Opiumtinktur, indem sie sich die nötige Gabe jeweils unter dem Vorwande von Leibschmerzen allmählich in verschiedenen Apotheken zusammenschwindeln. In einem Weltbade, in dem sich viele Morphinisten zusammenfinden, führen die Apotheken „Opiumkognak“.

Beim dauernden Gebrauche des Morphiums kommt es zu einer fortschreitenden Gewöhnung an das Mittel, anscheinend deswegen, weil wachsende Mengen des Giftes im Körper zerstört werden*). Infolgedessen treten die unangenehmen Nebenerscheinungen der Vergiftung mehr und mehr in den Hintergrund, oder sie werden doch durch eine neue Gabe des Mittels rasch wieder beseitigt. So kommt es, dass der Morphinist oft lange Zeit hindurch nur die anregende und zugleich beruhigende Wirkung empfindet, die ihn über alle kleinen und grossen Unannehmlichkeiten hinwegsetzt, wie sie aus seinem Gesundheitszustande, aus seinem Berufe, aus seinen gesellschaftlichen und häuslichen Verhältnissen entspringen. Dieselbe Gewöhnung aber ist es, welche ihn sehr bald von der ursprünglichen Gabe des Mittels die erhoffte Befriedigung nicht mehr in vollem Masse finden lässt und ihn daher zu einer Steigerung derselben antreibt. Zunächst ist der Erfolg ein vollkommener, aber nach einiger Zeit versagt auch die neue Menge, und so schraubt sich das Bedürfnis allmählich immer höher und höher, bis am letzten Ende auch die grössten Gaben des Mittels (erfahrungsgemäss bis zu 2, 3 und selbst über 5 gr in 24 Stunden) den sehnlichst gewünschten Erfolg nur ganz vorübergehend noch erzielen.

Alle die schon früher gelegentlich hervorgetretenen Beschwerden des Morphinismus erreichen nach und nach ihren Höhepunkt. Das Gedächtnis wird vielfach unsicher; die geistige Leistungsfähigkeit, namentlich die schöpferische Arbeitskraft, nimmt ab und kann nur unter dem unmittelbaren Einflusse des Morphiums noch auf einer gewissen Höhe erhalten werden. Auf diese Weise kommt es zu einem beständigen Wechsel zwischen Stunden ver-

---

*) Faust, Über die Ursachen der Gewöhnung an Morphin. 1900.

hältnismässigen Wohlbefindens und solchen stumpfer Erschlaffung oder nervöser Unruhe, ein Zustand, der natürlich eine geregelte, planmässige Tätigkeit völlig unmöglich macht. Die Stimmung ist ebenfalls vielfachen Schwankungen unterworfen, bald niedergeschlagen, mutlos, hypochondrisch oder reizbar, bald zuversichtlich und übermütig; nicht selten stellen sich vorübergehende heftige Angstanfälle ein, namentlich nachts.

In ganz besonderem Masse aber wird der Charakter der Kranken in Mitleidenschaft gezogen. Sie verlieren nicht nur vollkommen die Fähigkeit, sich selber endgültig und tatkräftig von dem verderblichen Mittel loszusagen, sondern sie greifen zu allen möglichen, erlaubten und unerlaubten Kunstgriffen, um sich Morphium zu verschaffen. Um diesen Preis belügen und betrügen sie unbedenklich Ärzte und Angehörige; sie öffnen mit Nachschlüsseln den Arzneischrank, entwenden heimlich Geld, unterschlagen anvertraute Summen, versetzen und verkaufen, was ihnen zugänglich ist, wenn sie auf andere Weise das Mittel nicht erhalten können. In eigentümlichem Zwiespalte mit sich selbst machen sie auch dann schon von vornherein den Versuch, die Entziehungskur zu vereiteln, wenn sie aus freien Stücken in dieselbe eingewilligt haben. Kaum ein Morphinist geht in die Anstalt, ohne sich irgendwie heimlich mit einer gehörigen Menge des Mittels versehen zu haben; keiner, auch nicht der heiligsten Versicherung eines Morphinisten über diesen Punkt ist jemals blindlings zu trauen. Selbst Ärzte sind darin ganz unzuverlässig. Ein Kollege brachte das Morphium unter dem Holzbelag einer grossen Haarbürste versteckt mit sich und erzwang durch einen äusserst rohen Auftritt seine sofortige Entlassung, als ihm die Benutzung der Bürste unmöglich gemacht wurde.

Der Schlaf erleidet meist hochgradige Störungen. Beim Einschlafen treten zeitweise Hallucinationen auf, besonders des Gesichtes; die Kranken liegen viele Stunden lang wach, mit zwangsmässigen, phantastischen Ideen beschäftigt; dafür stellt sich am Tage plötzlich eine unbezwingbare Müdigkeit ein, die sie mitten in der Gesellschaft, in der Unterhaltung trotz aller Gegenanstrengungen überwältigt. Auf dem Gebiete der Sensibilität machen sich verschiedenartige Parästhesien und Hyperästhesien bemerkbar, namentlich am Herzen sowie in der Magen- und Blasengegend.

Die Reflexerregbarkeit nimmt zu, doch fehlt der Patellarreflex nicht selten; die Bewegungen werden unsicher, bisweilen zitternd, ataktisch. Hie und da werden Erschwerung der Sprache, Paresen in der Muskulatur des Auges beobachtet (Doppeltsehen, Akkommodationsschwäche). Die allgemeine Ernährung leidet immer erheblich; das Körpergewicht nimmt ab; die Haut wird welk, schlaff und fahl; das Fettpolster schwindet; die Zähne werden schlecht. Die Absonderung des Magensaftes stockt; der Appetit, namentlich für Fleischspeisen, vermindert sich; es stellt sich zeitweiliger Heisshunger oder bei grosser Trockenheit des Mundes unstillbarer Durst ein; die meist bestehende Verstopfung wechselt mit vorübergehenden Durchfällen. Von seiten der Kreislaufsorgane wird hie und da quälendes Herzklopfen beobachtet; der Puls ist etwas beschleunigt, bisweilen unregelmässig. Das Ohrensausen, die Benommenheit, die Schwindel- und selbst Ohnmachtsanfälle sowie die reichlichen kalten Schweisse und das Frösteln der Morphinisten sind wohl ebenfalls auf vasomotorische Störungen zurückzuführen; ferner gehören auch Atmungsbehinderungen, besonders asthmatische Beschwerden, nicht selten zu dem hier gezeichneten Krankheitsbilde. Die Libido sexualis und die Potenz nimmt ab; die Menses hören auf; bei bestehender Schwangerschaft bleibt die Entwicklung der Frucht zurück. Levinstein betrachtet endlich noch Eiweissgehalt des Harns sowie eigentümliche tertiane Fieberanfälle als gelegentliche Zeichen des Morphinismus, doch haben andere Beobachter seine Angaben nicht bestätigen können.

Die Schnelligkeit, mit welcher sich die ganze Reihe dieser Störungen entwickelt, ist eine sehr verschiedene; sie hängt naturgemäss einmal von der Menge des gebrauchten Morphiums und weiterhin von der Widerstandsfähigkeit des gesamten Menschen ab. Bisweilen machen sich die ersten Erscheinungen der chronischen Vergiftung schon nach einigen Monaten des Morphiumgebrauches geltend; in anderen Fällen können Jahre, selbst viele Jahre vergehen, bevor ernstere Störungen zum Ausbruche kommen. Letzteres ist besonders dann die Regel, wenn der Kranke Selbstbeherrschung genug besass, von Zeit zu Zeit mit der Gabe des Mittels wieder etwas zurückzugehen. Der sonst gleichmässig fortschreitende Verlauf des Morphinismus lässt unter diesen Um-

ständen mehr oder weniger ausgiebige Besserungen des Allgemeinzustandes erkennen. Die Dauer des Morphinismus ist in gewissem Sinne eine fast unbegrenzte; schon jetzt sind Fälle bekannt, in denen das Morphium ohne Unterbrechung 20—30 Jahre hindurch fortgenommen wurde. Wie der Tierversuch gelehrt hat (Nissl), scheinen sich bei längerem Gebrauche des Mittels ausgebreitete, vielfach zum Schwunde der Zellen führende Veränderungen an den Rindenzellen einzustellen, die von einer Vermehrung des Gliagewebes begleitet sind.

Der Morphinismus ist fast ausschliesslich eine Krankheit der besseren Stände, schon aus dem einfachen Grunde, weil er sehr viel Geld kostet. Die grössere Leichtigkeit, sich das Mittel zu verschaffen, lässt das männliche Geschlecht und hier vor allem die mit dem ärztlichen Berufe in Beziehung stehenden Personen besonders stark gefährdet erscheinen. Man kann rechnen, dass 75% der Morphinisten Männer und von diesen wieder mindestens die Hälfte Ärzte sind. Rodet fand unter 1000 Morphinisten 287 Ärzte, Hirt unter 24 Männern 11 Aerzte und 3 Apotheker. Dazu kommen noch in grosser Zahl deren Angehörige, namentlich die Frauen. Sehr angestrengte, aufreibende Tätigkeit, die zu Schlaflosigkeit führt und nur ungenügende Erholung zulässt, bereitet dem Morphium den Weg. Etwa 60% der Morphinisten erkranken daher im rüstigsten Alter, zwischen dem 25. und 40. Lebensjahre. Weiterhin ist natürlich die Gefahr, dem dauernden Missbrauche des Morphiums zu verfallen, um so grösser, je angenehmer sich die ganze Wirkung des Mittels im einzelnen Falle gestaltet; es gibt Menschen, bei denen bereits die erste Einspritzung in diesem Sinne über das ganze fernere Leben entscheidet.

In einzelnen Fällen tritt die Sehnsucht nach den beruhigenden Wirkungen des Morphiums in längeren oder kürzeren Zwischenzeiten anfallsweise hervor. Es scheint sich dabei, ähnlich wie bei der Dipsomanie, um krankhafte Angstzustände zu handeln, die epileptischen, vielleicht auch einmal hysterischen Ursprungs sein dürften. Man hat dann von „Morphinodipsomanie"*) gesprochen. Endlich ist es zweifellos, dass eine grosse Zahl von Morphinisten, ebenso wie viele Trin-

*) Anthéaume et Leroy, Revue de psychiatrie 1899, Nov., 339.

ker, schon vor der chronischen Vergiftung einen bedeutenden Grad von Willensschwäche dargeboten haben; Hysterische und konstitutionell Nervöse sind unter ihnen zahlreich vertreten. Vielfach zeigen sie von Hause aus die leidenschaftliche Neigung zum Missbrauche der verschiedensten Genussmittel, des Alkohols, Tabaks, Kaffees, unter Umständen auch anderer, ihnen gelegentlich verordneter Arzneimittel. Ein Kranker Behrs war „karlsbadersalzsüchtig", bevor er morphiumsüchtig wurde. Daraus erklärt sich die bisweilen staunenswerte Geringfügigkeit der Beweggründe (Neugierde, Verführung), welche zum Missbrauche des Giftes geführt haben, sowie der unglaubliche Leichtsinn, mit welchem Morphinisten das Übel verbreiten, ihren Leidensgefährten Morphium verschaffen und in einer Art „esprit de corps" die wirksame Verfolgung ihrer Helfershelfer zu verhindern suchen. Ein junger Morphinist erzählte mir, dass in dem russischen Regiment, in welchem er diente, fast alle Offiziere „zu ihrem Vergnügen gespritzt" hätten; ein morphinistischer Arzt veranlasste seine Braut ohne jeden Grund, ebenfalls Morphium zu gebrauchen, und diese verführte wiederum ihre nächste Freundin, sich diesen Genuss zu verschaffen.

Es muss indessen an dieser Stelle mit aller Schärfe die schwere Anklage gegen den ärztlichen Stand erhoben werden, dass er es ist, den wir für das Dasein und die erschreckende Verbreitung des Morphinismus in allererster Linie verantwortlich zu machen haben. Gäbe es keine Ärzte, so gäbe es auch keinen Morphinismus. Die Unwissenheit und der Leichtsinn der Ärzte sind es, welche den Kranken tagtäglich bei den geringfügigsten Anlässen mit dem höchst gefährlichen Mittel bekannt machen, das so leicht seine ganze Zukunft vernichten kann. Mir ist es vorgekommen, dass ein Arzt einem Kranken, dem ich mit grösster Mühe Alkohol und Morphium entzogen hatte, ohne irgend erfindbaren Grund zunächst Codein, späterhin aber ruhig wieder Morphium verordnete. Namentlich sind es allerdings die morphinistischen Ärzte, die mit merkwürdiger Regelmässigkeit zu wahren Infektionsherden werden, wie sie überhaupt die gefährliche Neigung haben, mit grossen Gaben stark wirkender Arzneimittel zu wirtschaften. Ich kannte einen derartigen Kollegen, — und solche Beispiele sind leider nicht selten — der bei seinen zahlreichen

Kranken jede beliebige Klage durch eine Morphiumeinspritzung zu beseitigen pflegte und so gewissermassen das Haupt einer ganzen Morphinistengemeinde wurde. Dieser Mann handelte freilich unverantwortlich, aber wenigstens uneigennützig. Viel schlimmer ist es, dass sich Angehörige unseres Standes finden, welche die Not der Morphinisten planmässig ausnützen, um ihnen für schweres Geld die ihnen unentbehrlichen Rezepte zu schreiben! Ich besass das Rezept eines Arztes, der einem Morphinisten nicht weniger als 1 gr Morphium in einmaliger Gabe zu beliebiger Verwendung aufgeschrieben hatte; ein anderer Kranker trat in die Kur mit einer ganzen Batterie von Flaschen mit Morphiumlösung, welche ihm sein Hausarzt vorsorglich noch mitgegeben hatte.

Die Prognose des Morphinismus ist in jedem Falle eine sehr ernste. Hie und da kommen plötzliche Todesfälle vor. Die Kranken greifen, namentlich nach Entziehungskuren, die Gabe einmal viel zu hoch, oder es entwickeln sich unter dem Einflusse der Ersatzmittel des Morphiums chronische Herzleiden, welche zu unvorhergesehenen Kollapsen führen. Andererseits ist der Ausgang in schweres, mit dem Tode endendes Siechtum bei reinem Morphinismus nicht gerade allzu häufig, und die Entziehung des Mittels gelingt unter den nötigen Vorsichtsmassregeln fast immer ohne besondere Schwierigkeiten. Allein die Gefahr immer und immer wiederholter Rückfälle, welche notwendig zu einer vollständigen Vernichtung des Lebensglückes führen, ist eine ausserordentlich grosse; nur eine sehr geringe Zahl von Morphinisten vermag ihr auf die Dauer zu entgehen. Der Grund dafür liegt, wie namentlich die entsprechenden Erfahrungen bei der Trinkerbehandlung dartun, wesentlich in der viel zu kurzen und unzulänglichen Behandlungsweise. Wir wissen zur genüge, dass kein Trinker von dem Zeitpunkte an gesund ist, an dem man ihm den Alkohol entzogen hat. Der Morphinist aber, und meist auch sein Arzt, hält das Leiden für beseitigt, sobald einige Tage seit der letzten Spritze verflossen sind. Beim Trinken lenken die augenfälligen und schweren Erscheinungen des Rückfalles sofort die Aufmerksamkeit auf die Erfolglosigkeit der kurzdauernden Kuren, während der Morphinist lange Zeit im geheimen spritzt, bevor der erste Verdacht rege wird. Solange die Kranken sich nicht dazu verstehen, sich jahrelang unter sorgfältige Überwachung

zu stellen, ist es auch nicht möglich, ihnen wirklich nachhaltig zu helfen. Mit voller Sicherheit kann ich daher unter den Dutzenden von Morphinisten, die ich in den letzten Jahren behandelt habe, nur einige wenige für dauernd geheilt halten. Ganz ungemein gefährdet sind auch in dieser Beziehung alle diejenigen Personen, denen entweder ihr Beruf die Erlangung des Morphiums besonders leicht macht, oder denen irgend ein chronisches, mit Schmerzen und Beschwerden verbundenes Leiden die Verführung, nach dem erlösenden Mittel zu greifen, immer von neuem mit unwiderstehlicher Macht aufdrängt.

Eine weitere, ernste Gefahr droht dem Morphinisten aus der Verbindung des Morphiums mit anderen Nervenmitteln. Namentlich der Alkohol (Wein, Champagner) ist es, der mit oder ohne ärztlichen Rat zur Milderung der Entziehungserscheinungen herangezogen wird und den Kranken nur zu häufig dem Alkoholismus in die Arme treibt. In ähnlicher Weise kommt das Chloralhydrat, der Äther, das Chloroform und in neuerer Zeit neben einer Reihe von anderen Mitteln vor allem das Cocain in Anwendung. Niemals gelingt es den Kranken, auf diese Weise das Morphium aus eigener Kraft los zu werden oder auch nur durch ein anderes Mittel zu ersetzen; in der Regel kommt zu dem alten Übel einfach ein neues, kaum weniger schlimmes oder noch schlimmeres hinzu.

Die Erkennung des Morphinismus stützt sich neben der Beachtung der körperlichen Vergiftungserscheinungen (Miosis, Appetitlosigkeit, Ernährungsstörung) sowie der oft sehr ins Auge fallenden Einspritzungsspuren (glänzende, ovale Narben, schwielige Verhärtungen oder selbst atonische Geschwüre, meist an den Armen, aber auch an Bauch und Oberschenkeln) namentlich auf den eigentümlichen Wechsel der Zustände, welchen der Morphinist darzubieten pflegt. Die geistige Frische und Leistungsfähigkeit, die gehobene Stimmung nach der Einspritzung muss ja nur allzubald einer hochgradigen Ermüdung, Schlaffheit, Willenlosigkeit und Niedergeschlagenheit weichen, so dass dem aufmerksamen Beobachter der Gegensatz zwischen diesem verschiedenartigen Verhalten kaum verborgen bleiben kann. Für die Erkenntnis der besonderen Ursache finden sich dann bei näherem Nachforschen bald weitere anamnestische und tatsächliche Anhaltspunkte. Die Kranken haben die Neigung, sich, wenn sie ab-

gespannt sind, unter irgend welchem Vorwande für einige Augenblicke zurückzuziehen, und kehren dann nach erledigter Einspritzung merkwürdig angeregt und munter zurück. Leider lässt sich das Morphium in den Ausscheidungen der Kranken nur sehr schwierig nachweisen, da es zum grössten Teile in den Kot übergeht. Die volle Sicherheit über das Bestehen des Morphinismus kann man sich durch eine zuverlässige Abschliessung des Kranken verschaffen. Hat man diesem letzteren wirklich jede Möglichkeit einer heimlichen Morphiumzufuhr abgeschnitten, so darf der Eintritt oder das Ausbleiben der Entziehungserscheinungen als ein untrügliches Erkennungsmittel gelten.

Die wichtigste Aufgabe bei der Bekämpfung des Morphinismus ist ohne Zweifel die Vorbeugung, die leider noch sehr im Argen liegt. Einen Teil dieser Aufgabe hat die Gesetzgebung zu lösen gesucht, indem sie den Verkauf des Morphiums ohne besondere ärztliche Vorschrift in jedem einzelnen Falle verbietet. Es ist öffentliches Geheimnis, dass die Morphinisten diese Bestimmung ohne erhebliche Schwierigkeit zu durchbrechen oder zu umgehen wissen. Die besten Helfershelfer sind ihnen dabei gewisse, namentlich morphinistische Ärzte. Nach meinen Erfahrungen kann ich daher nur aus voller Überzeugung der von Lewin*) aufgestellten Forderung zustimmen, dass jedem an Morphinismus leidenden Arzte bis zum Nachweise seiner dauernden und vollständigen Heilung das Recht der Praxis entzogen werden sollte. Freilich stehen der Durchführung einer solchen Massregel sehr grosse Schwierigkeiten im Wege. Aber auch in anderer Richtung können wir Ärzte zur Bekämpfung des Morphiummissbrauches ausserordentlich viel tun. Wir sollten es uns zum festen Grundsatze machen, bei allen chronischen Erkrankungen nur dann zum Morphium zu greifen, wenn dieselben durchaus unheilbar sind und zum Tode führen. Aber auch hier, ebenso bei akuten Leiden, soll das Morphium nur dann und nur solange gegeben werden, als es unumgänglich notwendig ist. Einfache neurasthenische und hysterische Beschwerden mit Morphium zu behandeln, muss unbedingt als ärztlicher Kunstfehler gelten. Gewissenlos ist es endlich, unter welchem Vorwande es auch sei,

*) Lewin, Berliner klinische Wochenschrift, 1891, 51.

irgend einem Kranken Spritze oder Lösung zum eigenen Gebrauche in die Hand zu geben und überhaupt grössere Mengen des Mittels zu verschreiben, deren Verwendung nicht genau überwacht werden kann.

Die Behandlung*) des entwickelten Morphinismus besteht in der Entziehung der Mittels unter ärztlicher Aufsicht. In der Regel entschliessen sich jedoch die Morphinisten zu einer Entziehungskur erst dann, wenn das Übel bereits eine Reihe von Jahren angedauert und die ganze Lebensführung in der eingreifendsten Weise beeinflusst hat. Der entsittlichende Einfluss der Heimlichkeit, mit der die Beschaffung und das Einspritzen des Giftes betrieben wird, wie die durch das Mittel erzeugte Willensschwäche bedingen die Scheu, sich den Angehörigen oder dem Arzte anzuvertrauen, bis irgend ein Zufall zur Entdeckung führt. Auch dann schrecken die Kranken oft noch aus Angst vor den vermeintlichen Qualen der Entziehung, Entschlussunfähigkeit oder anderen nichtigen Gründen vor der Kur zurück, oder sie brechen sie plötzlich ab, sobald die ersten Beschwerden beginnen. Es ist daher bei der wachsenden Verbreitung des Morphinismus die von Ganser gegebene Anregung beachtenswert, auf gesetzlichem Wege, ähnlich wie bei der Trunksucht, die Möglichkeit einer Entmündigung und zwangsweisen Behandlung der Morphinisten herzustellen.

Da die Morphiumentziehung mit gewissen Gefahren verknüpft ist, wird man sie möglichst nur bei gutem Kräftezustande einleiten; Schwangerschaft, akute Krankheiten, schweres Siechtum sind als Gegenanzeigen zu betrachten. Völlige und dauernde Abgewöhnung des Morphiums aus eigener Kraft kommt erfahrungsgemäss niemals oder doch nur überaus selten vor. Aus diesem Grunde kann die Entziehung mit Aussicht auf Erfolg nur in der Weise durchgeführt werden, dass sich der Kranke für einige Zeit bedingungslos in die Hände des Arztes und in Verhältnisse begibt, die eine völlige Ausschliessung des Morphiums mit Sicherheit gestatten. Allerdings ist es, namentlich im Hinblicke auf die sittliche Unzuverlässigkeit der Morphinisten, nicht

---

*) Erlenmeyer, Behandlung des chronischen Morphinismus und Cocainismus, Penzoldt und Stintzing, Handbuch der Therapie, II, 601. 3. Aufl. 1902.

immer leicht, sich nach dieser Richtung hin ausreichende Gewähr zu verschaffen. Die Erfahrung zahlloser schlauer Betrügereien seitens der Kranken, ihrer Angehörigen und Freunde, der Mitkranken, des Wartpersonals predigt eindringlich die Notwendigkeit des äussersten, unermüdlichsten Misstrauens. Ein kranker Kollege bewog einen Wärter durch Schenken eines Anzugs und das Versprechen, ihn als Diener anzustellen, zur heimlichen Besorgung eines Morphiumrezeptes.

Es muss daher zum mindesten als eine gefährliche Selbsttäuschung betrachtet werden, wenn manche Ärzte glauben, bei der Behandlung des Morphinismus das Sicherungsmittel der genauesten Überwachung und einen gewissen äusseren Zwang entbehren zu können. Ich besitze den Bericht eines bekannten Arztes, der im Hinblick auf die Milde der von ihm geübten Entziehungskur seine Kranken frei schalten und walten liess und ihnen nur mitteilte, dass sie selbst die Verantwortung trügen, wenn sie sich ohne sein Wissen Morphium verschafften. Die Folge davon war, dass die Kranken unter seiner Behandlung, freilich ohne sein Wissen, noch mehr spritzten, als vorher.

Man wird daher für die Entziehung am zweckmässigsten eine geschlossene oder für derartige Kuren besonders eingerichtete Anstalt wählen, jedenfalls aber den Kranken in einer Umgebung abschliessen, welche seine unausgesetzte Überwachung und die unbedingte Verhinderung jeder heimlichen Morphiumzufuhr gestattet. In der eigenen Häuslichkeit wird das aus naheliegenden Gründen fast niemals möglich sein. Der Kranke kommt zunächst in ein Bad, wird von Kopf bis zu Fuss sorgfältig untersucht und dann in einem gut warm gehaltenen Raume zu Bett gelegt, den er womöglich niemals vorher betreten hat, und der nichts von seinem Eigentum enthält. An Gebrauchsgegenständen wird ihm nur das Notwendigste nach jeweiliger gründlicher Prüfung zugänglich gemacht. Ausserdem wird er derart überwacht, dass er unter gar keinen Umständen das Zimmer ohne Begleitung verlassen kann. Die Bettruhe dauert an, bis seit der letzten Gabe mindestens zwei volle Tage verflossen sind.

Sobald dem Kranken das gewohnte Reizmittel entzogen wird, treten nach einigen (5—6) Stunden die sog. Abstinenzerscheinungen hervor, die von Marmé auf die Giftwirkungen des Oxydi-

morphins zurückgeführt worden sind. Nach Erlenmeyers Angaben sollen sie auch, und zwar in bedrohlicher Weise, bei den neugeborenen Kindern morphinistischer Frauen auftreten. Wir haben diese Störungen zum Teil schon in dem Bilde des Morphinismus als die Ursachen kennen gelernt, welche den gequälten Kranken immer von neuem zur Spritze greifen lassen. Was aber dort nur angedeutet war und stets durch die neue Vergiftung rasch beseitigt wurde, das tritt hier oft mit grosser Gewalt in den Vordergrund. Quälende Unruhe, häufiges Gähnen, Niesen, Angst, lebhaftes Frostgefühl, Beklemmungen, Parästhesien in den verschiedensten Gegenden des Körpers stürmen mächtig auf den Kranken ein und lassen ihn sehr rasch alle die guten Vorsätze vergessen, mit denen er sich in die Behandlung des Arztes begeben hat. Dabei besteht, wenigstens in der ersten Zeit, völlige Schlaflosigkeit, gegenüber der die gebräuchlichen Schlafmittel meistens versagen. Das Chloralhydrat pflegt sogar die psychische Erregung bedeutend zu steigern und Zustände von hallucinatorischer, traumartiger Verworrenheit herbeizuführen. Auch sonst sieht man bisweilen, namentlich bei Herzschwäche, rasch vorübergehende Zustände leichter deliranter Benommenheit.

Weiterhin kann sich in einzelnen Fällen unter lebhafter Zunahme der Aufregung ein Krankheitsbild entwickeln, welches die grösste Ähnlichkeit mit dem Delirium tremens der Trinker darbietet, zumal auch die Unsicherheit der Bewegungen und das Zittern der Hände in gleicher Weise sich einzustellen pflegt. Allerdings dauert dieser Zustand gewöhnlich nur eine Reihe von Stunden oder doch nicht mehr als einige Tage; nur einmal sah ich ihn sich über mehrere Wochen erstrecken. Hier hatte vorher zum Zwecke der Entziehung ein bedeutender Alkoholmissbrauch stattgefunden. Die von Abraham neuerdings angeführten Unterscheidungszeichen gegenüber dem Trinkerdelirium (gehobene Stimmung mit entsprechender Färbung der deliriösen Erlebnisse, geringere Störung der Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit und Orientierung, eine gewisse Krankheitseinsicht) treffen weder für die Mehrzahl der Delirien bei Morphinisten zu, noch genügen sie, um Alkoholdelirien auszuschliessen. Die Seltenheit solcher Delirien selbst bei schwerem Morphinismus spricht entschieden dafür, dass hier noch andersartige Einflüsse mit-

spielen müssen, von denen am meisten der Alkohol, vielleicht auch einmal eines der anderen, von den Morphinisten so reichlich angewendeten Mittel in Betracht kommen dürfte. Möglicherweise begünstigt das Morphiumsiechtum das Auftreten solcher Delirien, vermag ihm vielleicht auch eine gewisse Färbung zu geben. Hie und da kommen hysterische Dämmerzustände mit Sinnestäuschungen und Krämpfen in der Entziehungszeit zur Beobachtung.

Auch im Bereiche des übrigen Nervensystems macht sich die gewaltige Umwälzung geltend, welche durch die Entziehung des gewohnten Reizmittels herbeigeführt wird. Es treten unwillkürliche Bewegungen und Zuckungen in den Beinen, asthmatische Zufälle, Zwerchfellkrämpfe, Krampfhusten, Akkommodationsparesen, Tenesmen, Blasenkrämpfe und -lähmungen, Erbrechen, Herzklopfen, namentlich aber Ohnmachten und gefährliche Collapse mit plötzlichem, raschem Sinken der Herztätigkeit auf, die sich unter Umständen mehrmals wiederholen und sogar ohne weiteres in den Tod hinüberführen können. Die sekretorischen Verrichtungen, welche unter dem Einflusse des Morphiums darniederlagen, zeigen eine rasch vorübergehende beträchtliche Steigerung, welche sich in reichlicher Speichel- und Schweissabsonderung sowie in andauernden starken Durchfällen kundgibt; bisweilen tritt Eiweiss im Harn auf. Die Schwere der Entziehungserscheinungen ist eine ausserordentlich verschiedene. Sie hängt von der Grösse der Gabe, der Länge der Gewöhnung, dem Allgemeinzustande der Kranken und der persönlichen Veranlagung ab. Bisweilen beschränken sich die Störungen auf einige Durchfälle, Schwitzen, lebhaftes Unbehagen und Schlaflosigkeit, während bei anderen Kranken die allerschwersten, das Leben bedrohenden Zufälle auftreten. Eine Entziehung ganz ohne Beschwerden gibt es indessen nach meinen Erfahrungen nicht. Wo die Erscheinungen auffallend gering sind oder gar völliges Wohlbefinden besteht, wird sicher heimlich Morphium zugeführt. Einmal wurde ich auf einen derartigen Betrug dadurch aufmerksam, dass ich den betreffenden Kranken, einen Kollegen, bei der Visite behaglich schlafend antraf.

Alle Entziehungserscheinungen lassen sich nämlich durch das Morphium selbst wieder beseitigen oder doch erheblich mildern.

Diese Tatsache ist es, die zur Aufstellung zweier verschiedener Hauptverfahren der Morphiumentziehung geführt hat, zu der plötzlichen und zu der allmählichen Entziehungskur. Bei der ersteren lässt man von der gewohnten Gabe aus die Morphiumeinspritzungen mit einem Schlage vollständig wegfallen, während man im anderen Falle zuerst langsam mit der Gabe heruntergeht oder die Zwischenzeiten vergrössert, bevor man endlich mit den Einspritzungen vollständig abbricht. Beide Verfahren haben ihre eifrigen Verteidiger gefunden. Während bei der plötzlichen Entziehung (Levinstein) die Abstinenzerscheinungen meist ausserordentlich schroff hervortreten, von vorübergehenden Delirien und namentlich der Gefahr schwerer Collapse begleitet sind, dafür aber binnen wenigen Tagen ablaufen, gestalten sich jene Störungen bei der allmählichen Entziehung (Burkart) weniger stürmisch, erstrecken sich aber über eine viel längere Zeit. Gerade dieser Umstand erschwert natürlich den völligen Ausschluss jeder unberufenen Morphiumzufuhr ungemein, namentlich wenn man den besonnenen Kranken, was bei einer Kurdauer von 3, 4 und mehr Wochen schwer zu umgehen ist, etwas freiere Bewegung gestattet; die Möglichkeit eines Betruges liegt daher ausserordentlich nahe. Um dieser Gefahr einerseits, den oben geschilderten lebenbedrohenden Zufällen andererseits auszuweichen, hat Erlenmeyer mit seinem „schnellen“ Entziehungsverfahren, welches sich über 1—2 Wochen erstreckt, einen Mittelweg eingeschlagen, der in der Tat für die überwiegende Mehrzahl der Fälle am angemessensten erscheint. Da jeder Morphinist weit mehr Morphium zu nehmen pflegt, als für sein Wohlbefinden notwendig ist („Existenzminimum“), wird zunächst sofort auf die Hälfte oder selbst ein Drittel der gewohnten Menge heruntergegangen und dann allmählich planmässig die Gabe weiter vermindert; die Abendeinspritzung fällt zuletzt fort.

Die Behandlung der Morphiumentziehung bedarf überall der vollen und andauernden Aufmerksamkeit des Arztes. Vor allem muss der Puls unter genauer Überwachung gehalten werden, so dass beim Herannahen der Collapsgefahr ein anregendes Verfahren (kühle Übergiessungen, kräftige Hautreize durch den faradischen Pinsel und Senfteige, Äther- oder Kamphereinspritzungen, starker Kaffee, Alkohol) eingeleitet werden kann; in seltenen Not-

fällen wird man nicht zögern, durch eine Morphiumgabe die schweren Erscheinungen zu beseitigen. Gegen die hartnäckige Unruhe und Schlaflosigkeit erweisen sich mehrstündige warme Bäder als ausserordentlich wirksam; am besten beginnt man damit jeweils beim Auftreten der Entziehungserscheinungen, um über die Zeit bis zur nächsten Einspritzung hinwegzukommen. Von Beruhigungsmitteln kann man Brom anwenden; auch einige Gaben Paraldehyd oder Trional leisten gute Dienste. Die mannigfachen Schmerzen und das Herzklopfen lindert oft die örtliche Anwendung der Kälte; gegen Stuhldrang und Durchfälle helfen laue Eingiessungen und Stuhlzäpfchen mit Belladonna. Das Erbrechen wird durch Eispillen, Kataplasmen oder Magenausspülungen (Hitzig) bekämpft. Erlenmeyer hält es für zweckmässig, die unter dem Morphiumeinflusse stockende, in der Entziehung überreichlich erfolgende Säureabsonderung im Magen durch Zufuhr alkalischer Wässer (Fachinger, Vichy) abzustumpfen; während des Morphiumgebrauches empfiehlt er die Darreichung von Salzsäure. Von besonderer Wichtigkeit ist es, in der Entziehungskur gleich von Anfang an auf eine zweckmässige und reichliche Ernährung der Kranken bedacht zu sein, da dieselben wegen ihrer Appetitlosigkeit und Aufregung sonst rasch von Kräften kommen. Die Einführung von flüssiger Nahrung, namentlich stark gekühlter Milch mit Sodawasser, pflegt trotz der Neigung zum Erbrechen meist zu gelingen.

Zur Erleichterung der Entziehungskur schlägt Burkart vor, zunächst die innerliche Anwendung des Morphiums an Stelle der Einspritzung zu setzen und endlich auch fernerhin durch Opiumgaben den Ausfall des gewohnten Genussmittels weniger fühlbar zu machen. Da indessen erfahrungsgemäss und aus naheliegenden Gründen der Opiummissbrauch nicht selten denjenigen des Morphiums einfach ersetzt, so ist der Nutzen dieses Verfahrens nicht recht verständlich. Die sehr vielfach noch gebräuchliche Anwendung des Alkohols, der höchstens bei drohendem Collapse am Platze ist, erleichtert die Entziehung keineswegs und bringt die ernste Gefahr des Morphiumalkoholismus mit sich. Ebenso muss das anfänglich so begeistert angepriesene Cocain nach den jetzt vorliegenden Erfahrungen einfach als ein minderwertiger und zugleich sehr gefährlicher Ersatz für das Morphium angesehen wer-

den; es lindert viele Beschwerden der Morphiumentziehung, wirkt aber immer nur für kurze Zeit und führt in jedem Falle die äusserst bedenkliche Wahrscheinlichkeit eines späteren Morphio-Cocainismus herauf. Vor seiner Anwendung kann daher nicht eindringlich genug gewarnt werden. Die übrigen zur Erleichterung der Morphiumentziehung empfohlenen Mittel, das Nitroglycerin, Sparteïn, Napellin, das Codein, Dionin, Heroin, Peronin, sind entweder vollkommen entbehrlich, oder sie führen ebenfalls zu gewohnheitsmässigem Missbrauche, regelmässig neben dem Morphium. In neuerer Zeit ist noch eine Reihe von zum Teil morphiumhaltigen Geheimmitteln und patentierten Verfahren aufgetaucht, die in marktschreierischer Weise angepriesen werden. Sie sind nichts, als ein unerfreuliches Zeichen des ärztlichen Wettbewerbes, der sich der wachsenden Zahl der Morphinisten zu bemächtigen sucht. Von einer wirklichen Bereicherung unseres ärztlichen Könnens ist dabei keine Rede.

Nicht unwichtig ist während der Entziehungszeit die psychische Behandlung der Kranken. Man kann leicht beobachten, dass Ablenkung, Gespräche, Vorlesen die Entwicklung der Beschwerden sehr verzögern. Auch die hypnotische Eingebung*) ist vielfach mit Erfolg in Anwendung gezogen worden. Jedenfalls ist es von grosser Wichtigkeit, den Kranken genau über die Gefahren seiner Lage aufzuklären und ihm einen Abscheu gegen das verderbliche Mittel einzupflanzen, um dadurch seine Widerstandsfähigkeit für die Zukunft zu befestigen.

Die auffallenderen Abstinenzerscheinungen treten meist schon wenige Tage nach der letzten Morphiumgabe in den Hintergrund. Der Appetit bessert sich; das Körpergewicht steigt rasch; der Schlaf stellt sich, anfangs mit Hilfe von Schlafmitteln, Bäderbehandlung, dann aber auch von selber wieder ein, und es tritt bei den Kranken mehr und mehr das Gefühl der Gesundheit und der geistigen Frische hervor. Allein die Gefahren des Morphinismus sind damit durchaus noch nicht überwunden. Noch viele Monate, ja selbst Jahr und Tag nach der völligen Entwöhnung vom Morphium kann mit einem Male, häufig im Anschlusse an einen äusseren Anlass, ein körperliches Unwohlsein, die Aus-

*) Wetterstrand, Zeitschr. f. Hypnotismus, IV, 1.

führung einer Morphiumeinspritzung, oder bei Rückkehr in die alte Umgebung, in eine aufreibende Tätigkeit die Neigung zu dem Mittel mit fast unwiderstehlicher Gewalt wieder hervortreten. Namentlich einige Monate nach Wiederaufnahme der Arbeit pflegt sich ein Zustand von Nervosität einzustellen, welcher dem genesenen Morphinisten ausserordentlich gefährlich ist und eine Ausspannung und Erholung dringend notwendig macht. Auch späterhin kehren noch öfters in schwächerer Andeutung ähnliche Mahnungen zum Ausruhen wieder.

Unter diesen Umständen müssen wir dem entlassenen Morphinisten ernstlich raten, jede Schwankung seiner nervösen und psychischen Widerstandsfähigkeit genau zu beachten und sich einige Jahre lang nach beendigter Kur in irgend einer Form unter eine gewisse Überwachung zu stellen, welche jede Neigung zum Rückfalle im Keime erstickt, sei es in der Familie, sei es in der Gesellschaft eines zuverlässigen, eingeweihten Freundes. Bei weitem am zweckmässigsten ist es, in anfangs kürzeren, später längeren Zwischenzeiten den Kranken plötzlich für 36—48 Stunden unter unausgesetzte Überwachung zu stellen, um dadurch Rückfälle sofort im Entstehen zu entdecken. Diese leicht durchzuführende Massregel sollte sich über eine Reihe von Jahren erstrecken. Durch sie wird dem Kranken selbst ein gewisser sittlicher Halt gegeben; seine Angehörigen werden beruhigt und das stille Misstrauen beseitigt, das sonst alle Beteiligten in steter Sorge erhält. Freilich pflegen nur diejenigen wiederzukommen, welche gesund geblieben sind; von den Rückfälligen hört man meist erst auf Umwegen oder gar nicht. Dem genesenden Arzte ist es ans Herz zu legen, dass er niemals wieder eine Einspritzung selber ausführt, weil gerade dabei die Gefahr des Rückfalles am drohendsten hervorzutreten pflegt. Forel empfiehlt ferner jedem Morphinisten, wie mir scheint, mit gutem Recht, gleichzeitig die volle Enthaltsamkeit von geistigen Getränken durchzuführen. Nicht selten ist es der Leichtsinn der Berauschtheit oder der Missmut des Katzenjammers, welche die mühsam bewahrte Selbstbeherrschung über den Haufen werfen und zum Rückfall führen. Auch der Missbrauch anderer, wenn auch weniger bedenklicher Genussmittel sollte rücksichtslos eingeschränkt werden.

Die vollständige und dauernde Entziehung des Morphiums er-

weist sich selbst beim besten Willen des Arztes und des Kranken in einer Reihe von Fällen als undurchführbar. Abgesehen von jenen Kranken, denen das Leben wegen irgend eines unheilbaren, schmerzhaften Leidens nur durch das Morphium erträglich wird, sieht man bei älteren Personen jenseits der 50er Jahre sowie bei sehr lange (Jahrzehnte) bestehendem Morphinismus unter Umständen die Entziehung des Morphiums zu einem langsam fortschreitenden Siechtum führen, welches die Lebensfähigkeit in höherem Grade beeinträchtigt, als der Morphinismus selbst. Hier muss man sich damit begnügen, die Gabe des Mittels nach Möglichkeit niedrig zu halten und den Kranken dauernd unter ärztliche Aufsicht zu stellen.

C. Der Cocainismus.

Der Cocainismus*) ist die modernste der chronischen Vergiftungen. Die angenehmen Wirkungen des Cocains in der Morphiumentziehung sind es gewesen, welche diesem Mittel sehr rasch eine unerfreuliche Verbreitung verschafft haben. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist daher der Cocainmissbrauch mit dem Morphinismus verbunden, und Beobachtungen von reinem Cocainismus sind bei uns ziemlich selten, während allerdings in der Heimat der Coca, in Peru, die Folgen dieser chronischen Vergiftung ebenso wohlbekannt sind, wie diejenigen des Opiumrauchens in China.

Die nächste Wirkung des Cocains ist eine unter Steigerung der Pulszahl und Sinken des Blutdruckes eintretende rauschartige Erregung mit behaglichem Wärmegefühle und ausgesprochenem Wohlbefinden. Leider bietet der psychologische Versuch mit diesem Mittel zu grosse Gefahren, so dass wir bisher nur sehr wenig über seine genaue psychische Wirkung wissen. Allem Anscheine nach erzeugt dasselbe eine sehr bedeutende,

*) Erlenmeyer, a. a. O. 154 ff., Thomsen, Charitéannalen XII, 1887, 405; Heymann, Berliner Klin. Wochenschr. XXIV, 1887, 278; Obersteiner, Wiener Klin. Wochenschr. 1888, 19; Saury, Annales médico-psychologiques, 1889, 439; Morselli, Riforma medica, 122, Maggio 1896.

aber kurz dauernde Steigerung der centralen motorischen Erregbarkeit, welcher dann eine Lähmung zu folgen scheint. Nach dieser Richtung hin besteht also eine gewisse Ähnlichkeit mit dem Alkohol, doch sind die Erscheinungen weit stürmischere. Dem entspricht auch die einfache Beobachtung des Cocainrausches. Unter der Wirkung des Mittels wird der Mensch lebhaft, geschwätzig, schreiblustig, fühlt sich leistungsfähiger und kräftiger, doch folgt ziemlich bald die Erschlaffung. Grössere Gaben erzeugen deliriöse Erregungszustände mit Neigung zu plötzlichen Collapsen. Auffallenderweise sind die bis jetzt durch den Vergiftungsversuch nachweisbaren Rindenzellenveränderungen nach Cocain verhältnismässig geringfügig, ein Beweis dafür, dass dieselben kein zuverlässiger Ausdruck für die Schwere der Funktionsstörung sind. Nissl fand bei Kaninchen, die eine Reihe von Tagen möglichst stark vergiftet worden waren, nur eine geringe Mitfärbung der ungefärbten Substanz, beginnende Einschmelzung der Zellkerne und eine leichte Vermehrung der weissen Blutkörperchen in der Pia und den Gefässen.

Bei längerer Fortsetzung der Einspritzungen, zu der man durch ein starkes Unbehagen beim Aussetzen des Mittels (Beklemmungsgefühl, Herzklopfen, Ohnmacht) gedrängt wird, stellt sich eine dauernde nervöse Erregung mit Überempfindlichkeit gegen Geräusche, leichter Ideenflucht und völliger Unfähigkeit zu geistiger Beschäftigung, Willenlosigkeit und Abnahme des Gedächtnisses ein. Der Kranke entwickelt eine planlose Vielgeschäftigkeit, ist ungemein redselig und weitschweifig im mündlichen Verkehre, schreibt langatmige, ideenflüchtige Briefe ohne ersichtlichen Zweck und verabsäumt dabei seine wichtigsten Obliegenheiten. Er wird unzuverlässig und vergesslich, unordentlich und kopflos in seiner ganzen Lebensführung, vernachlässigt sein Äusseres und gerät mit seiner Berufstätigkeit, mit seinen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen in raschen und unaufhaltsamen Verfall. Die Stimmung schwankt zwischen überschwänglichem Wohlbefinden, grosser Reizbarkeit und geheimer, misstrauischer Angst bei gleichzeitiger gemütlicher Abstumpfung, die sich in der auffallenden Unempfindlichkeit des Kranken gegen die nächstliegenden Forderungen der Sittlichkeit kundgibt.

Diese tiefgreifende psychische Veränderung wird regelmässig von den Anzeichen schweren körperlichen Siechtums begleitet. Die allgemeine Ernährung liegt trotz reichlicher Nahrungszufuhr darnieder; das Körpergewicht sinkt ungemein rasch. Das Aussehen wird greisenhaft, die Hautfarbe fahl, die Gesichtszüge schlaff, ausdruckslos, müde, der Gang unsicher; es besteht grosse körperliche Schwäche und Hinfälligkeit. Die Reflexe sind gesteigert; häufig beobachtet man lebhafte Muskelunruhe und selbst krampfartige Zuckungen. Die Pupillen sind stark erweitert; die Zunge zittert. Der Puls ist beschleunigt; dazu kommt Herzklopfen, Atemnot, Neigung zu Ohnmachten. Die Schweissabsonderung ist vermehrt; die Potenz schwindet trotz gleichzeitiger geschlechtlicher Aufregung. Der Schlaf ist stets sehr gestört, zeitweise völlig aufgehoben, so dass die Kranken zu Schlafmitteln, namentlich zum Morphium greifen. Bei einem 14-jährigen Knaben meiner Beobachtung, der sich, durch seine Mutter dazu verführt, seit sieben Wochen täglich 2—3 gr Cocain einspritzte und infolgedessen bereits eine Beugekontraktur der beiden, von zahlreichen Abscessen durchsetzten Arme davongetragen hatte, traten ausserdem Unreinlichkeit sowie häufige Schwindelanfälle mit deliriöser Verwirrtheit und zeitweisen Hallucinationen auf.

Auf der allgemeinen Grundlage der cocainistischen Entartung entwickelt sich überaus häufig das eigenartige Krankheitsbild des Cocainwahnsinns, der in vielen Stücken dem früher geschilderten Alkoholwahnsinn ähnelt. Der Beginn der Erkrankung ist meist ein rascher. Nachdem eine reizbare, misstrauische, ängstliche Stimmung mit grosser Ruhelosigkeit und Unstetigkeit kurze Zeit vorhergegangen ist, treten plötzlich Hallucinationen auf verschiedenen Sinnesgebieten hervor. Der Kranke hört Schimpfworte, Anspielungen, Drohungen, Gespräche, die sich auf sein gegenwärtiges Tun und Treiben, auf frühere Erlebnisse, ja auf seine geheimsten Gedanken beziehen. Seine Umgebung erscheint ihm unheimlich, verändert. Er sieht Bilder, die ihm wie mit einer Zauberlaterne vorgespiegelt werden, namentlich aber zahllose winzige Gegenstände, die von ihm als Flöhe, Bakterien, Krätzmilben, Krystalle aufgefasst und bisweilen auch unter dem Mikroskope wiedergefunden werden. So kam ein Arzt zu mir, um mir als Ent-

deckung von grösster Tragweite den Nachweis von Milben an allen möglichen Dingen, vor allem in den Oberhautschuppen seiner Finger zu zeigen. Er verlangte Nachprüfung der von ihm mit dem Federmesser sofort losgelösten Schüppchen, in denen er schon mit freiem Auge seine Milben erkannte; Dauerpräparate seien ihm leider noch nicht gelungen. Zugleich bat er um Aufnahme wegen Morphio-Cocainismus. Besonders stark ausgebildet pflegen die Gefühlstäuschungen zu sein. Der Kranke empfindet ein lebhaftes Hautjucken, das er auf elektrische oder magnetische Beeinflussung zurückführt. Er glaubt, mit Nadeln gespickt, ausgesogen, mit Fäden umsponnen, von Ungeziefer aufgezehrt zu werden; es befinden sich Kügelchen, feiner Staub, Cocainkrystalle unter der Haut.

Diese letzten Erfahrungen zeigen uns deutlich den grossen Einfluss, den hier die wahnhafte Deutung auf die Verfälschung der Wahrnehmung hat. Ziehen in den Gliedern wird von dem Kranken als Zeichen einer feindseligen Vergiftung betrachtet; starkes Herzklopfen führt zu der Befürchtung einer bevorstehenden Herzzerreissung. Infolge der Gehörstäuschungen glaubt sich der Kranke überall bedroht und beobachtet. Man liest seine Gedanken mit Hilfe geheimnisvoller Vorrichtungen; in den Wänden und Türen sind versteckte Öffnungen, durch die man ihn überwacht; man verfolgt ihn durch Radfahrer; seine Papiere werden durchstöbert und gelesen; in verleumderischen Briefen werden Niederträchtigkeiten und Verdächtigungen über ihn ausgestreut. Von allen Seiten drohen Gefahren, denen sich der Kranke durch Beschwerden bei der Polizei, durch Wohnungswechsel, überstürzte Reisen, durch Drohungen und schliesslich sogar durch feindliche Angriffe zu entziehen sucht. Sehr häufig greift er zum Revolver und schiesst auf seine vermeintlichen Widersacher, um sein Leben so teuer wie möglich zu verkaufen, oder er macht seiner verzweifelten Lage durch Selbstmord ein Ende. Einer meiner Kranken, der das Blut in Strömen aus seiner Brust hervorquellen sah und daher seinen Tod herannahen glaubte, beschwor seine gleichfalls unter dem Einflusse des Cocains stehende Frau, mit ihm zu sterben, worauf sie sich sofort mit 1 gr (!) Hyoscin vergiftete, das er unmittelbar vorher mit zitternder Hand aus der Apotheke verschrieben hatte.

Eine sehr eigentümliche, aber anscheinend typische Störung in diesen Zuständen ist der unsinnige *Eifersuchtswahn* der Cocainisten. Wenn schon der sonstige Inhalt der Täuschungen vielfach ein geschlechtlich obscöner ist, so bemächtigt sich des Kranken ferner die Idee, dass seine Frau ihm von jeher untreu gewesen sei. Er hört und glaubt, dass sie von allen Seiten Liebesbriefe empfangen, mit zahllosen Männern geschlechtlich verkehrt habe. Sie ist blass geworden, als sie plötzlich von ihrem Manne überrascht wurde, hat schnell ein Papier versteckt, ist schon auf der Hochzeitsreise mit einem fremden Herrn im Abtritt verschwunden, in der Tanzstunde von Leutnants mit aufs Zimmer genommen worden. Ein Kollege erzählte mir mit dem Ausdrucke tiefsten Bedauerns, seine Frau sei leider krank, nymphomanisch gewesen; sie habe ihm selber gestanden, dass sie sich mit jedem Dienstmann und Droschkenkutscher vergangen habe; er meine fast, sie sei schon unkeusch auf die Welt gekommen. Auch dieser Wahn kann gelegentlich zu gefährlichen Angriffen auf die vermeintlich Schuldigen führen.

Das *Bewusstsein* der Kranken ist trotz der zahlreichen, nicht berichtigten Sinnestäuschungen und Wahnideen andauernd so klar, dass sie nicht nur über ihre Umgebung orientiert, sondern auch imstande sind, zusammenhängend und ziemlich geordnet über ihre Vorstellungen und Zustände Auskunft zu geben. Nur vorübergehend kommt es unter lebhafteren Gemütsschwankungen einmal zu stärkerer Bewusstseinstrübung und Verworrenheit. Niemals besteht jedoch klare Krankheitseinsicht; auch bei anscheinend vollkommener Besonnenheit werden die unsinnigen Wahnideen festgehalten und folgerichtig gegen alle Einwände verteidigt. Die Kranken weisen den Verdacht der Geistesstörung bestimmt zurück, suchen vielleicht gar den Nachweis zu führen, dass diese oder jene Person ihrer Umgebung plötzlich verrückt geworden sei. Die *Stimmung* ist erregt, reizbar, zeitweise zornig und erbittert, am häufigsten misstrauisch und niedergeschlagen. Vielfach sind die Kranken sehr zurückhaltend in der Mitteilung ihrer krankhaften Ideen, weichen den Fragen aus, stellen alles in Abrede. Im *Benehmen* tritt namentlich eine ausgeprägte Unruhe und Unstetigkeit hervor; sonst kann dasselbe, abgesehen von den Zeiten deliriöser Benommenheit, annähernd normal er-

scheinen, wenn nicht einzelne, geradezu durch Wahnideen hervorgerufene Handlungen die schwere geistige Störung verraten. Die körperlichen Begleiterscheinungen sind diejenigen der chronischen Cocainvergiftung.

Die ganze Entwicklung des Cocainwahnsinns pflegt sich ziemlich schnell, oft binnen wenigen Wochen zu vollziehen. Dabei schliessen sich deutliche Verschlimmerungen mit Zunahme der Täuschungen und der Erregung an die einzelnen Cocaingaben an. Die Mengen des verwendeten Giftes wachsen regelmässig rasch an, bis auf einige Gramm in 24 Stunden. Daneben werden zur Bekämpfung der Schlaflosigkeit regelmässig andere Mittel, am häufigsten Morphium, aber auch Chloralhydrat, Sulfonal, Hyoscin u. s. f. genommen. Sobald das Cocain ausgesetzt wird, pflegen die stürmischen deliriösen Zustände sehr bald, innerhalb weniger Tage, zu verschwinden, während sich die Wahnideen erst nach Wochen oder selbst Monaten und die Erscheinungen der psychischen Zerrüttung noch weit langsamer verlieren.

Die Entstehung des Cocainismus schliesst sich, wie früher bemerkt, fast immer an einen anfänglichen Morphinismus an. Bei dem Versuche, sich von demselben zu befreien, greift der Kranke mit oder ohne Zureden des Arztes zum Cocain, welches ihm zunächst und ganz vorübergehend Erleichterung verschafft, ihn dann aber wegen der wachsenden Unruhe und Schlaflosigkeit zwingt, zum Morphium zurückzukehren. Einer meiner Kranken spritzte anfangs nur Morphium ein, pinselte sich aber dann wegen Zahnschmerzen die Mundschleimhaut mit Cocain. Wenn wir es dennoch praktisch fast immer mit einer Verbindung beider Mittel zu tun haben, so dürften doch die hier geschilderten Krankheitserscheinungen wesentlich oder ausschliesslich auf die Cocainwirkung zu beziehen sein. In dem zuletzt erwähnten Falle traten die ersten Gehörstäuschungen: „Der wird verhaftet!" bald nach der Anwendung des Cocains auf, und wir wurden erst durch sie dazu veranlasst, nach etwaigem Gebrauche dieses Mittels zu forschen, von dem der Kranke bis dahin nichts angegeben hatte. Auch sonst ist die Entwicklung stürmischer psychischer Störungen bei reinem Morphinismus so überaus selten, bei der Verbindung mit Cocainismus dagegen so regelmässig, dass die ursächliche Bedeutung gerade des Cocains für den eigenartigen psychischen Ver-

fall und den hallucinatorischen Wahnsinn der Morphio-Cocainisten nicht wohl bezweifelt werden kann.

Der chronische Cocainismus besitzt eine grosse, unverkennbare Ähnlichkeit mit dem Alkoholismus, die sich bis in gewisse Einzelheiten hinein erstreckt. Die Sinnestäuschungen der Cocainisten erinnern durchaus an diejenigen der Alkoholdeliranten, die Eifersuchtsideen an den bekannten Wahn der Trinker. Gleichwohl bestehen bestimmte Unterschiede. Die Cocainzerrüttung bricht weit gewaltiger und unwiderstehlicher über den Menschen herein, als der Alkoholismus; die schwersten Störungen werden sehr viel rascher erreicht. Der Cocainwahnsinn steht symptomatisch etwa in der Mitte zwischen dem Delirium tremens und dem Alkoholwahnsinn; er nähert sich jenem durch die Mannigfaltigkeit der Täuschungen, diesem durch die grössere Besonnenheit. Der Eifersuchtswahn tritt hier akut und frühzeitig, beim Trinker erst spät und als chronische Störung auf. Besonders kennzeichnend für die Cocainvergiftung scheinen die mikroskopischen Gesichts- und Gefühlstäuschungen zu sein. Endlich zeigt sich überall ein unmittelbar verschlimmernder Einfluss jeder einzelnen Cocaingabe auf die psychischen Erscheinungen, während der Verlauf der alkoholischen Psychosen durch den Fortgebrauch des Giftes gar nicht oder nur unerheblich verändert wird.

Die Prognose des Cocainismus ist eine ausserordentlich trübe. Der Cocainwahnsinn freilich scheint regelmässig zu heilen. sobald die Zuführung des Giftes dauernd verhindert wird. Dagegen ist die Zerstörung der sittlichen Widerstandsfähigkeit hier eine weit tiefergreifende und nachhaltigere, als bei Alkohol und Morphium. Die Kranken werden daher fast ausnahmslos rückfällig, oft nach sehr kurzer Zeit.

Eine einigermassen wirksame Bekämpfung des Cocainismus kann nur von der Vorbeugung desselben ausgehen. Jede nicht rein örtliche Anwendung des Mittels muss als unzulässig angesehen, sein Gebrauch bei der Morphiumentziehung geradezu als Gewissenlosigkeit gebrandmarkt, noch besser als Kunstfehler bestraft werden. Wir alle haben als Ärzte die Pflicht, das Publikum auf das eindringlichste vor dem gefährlichen Gifte zu warnen und unnachsichtlich die niederträchtige Ausbeutung der Kranken durch Händler und Ärzte zur Anzeige zu bringen. Dass die

zwangsweise Behandlung der Kranken wie die Entziehung der Praxis bei cocainistischen Ärzten noch dringender geboten ist, als bei den Morphinisten, bedarf nach den Schilderungen der Cocainwirkung und nach meinen eigenen, geradezu schrecklichen Erfahrungen keiner weiteren Ausführung.

Die Entziehung des Cocains allein pflegt nur von geringfügigen Störungen begleitet zu sein, die teilweise auch wohl noch als Vergiftungserscheinungen zu betrachten sind. Dazu gehören Unruhe, Schlaflosigkeit, Herzklopfen, Atemnot, endlich plötzliche collapsartige Ohnmachten. Im allgemeinen wird daher das Mittel in wenigen Abstufungen oder sogar mit einem Schlage entzogen werden können. Natürlich ist dabei sorgfältige Überwachung und unter Umständen ein anregendes Verfahren mit Kaffee, Kampfer, Herzmitteln, kühlen Übergiessungen u. s. f. am Platze. Die Schlaflosigkeit wird durch verlängerte warme Bäder, Paraldehyd, Trional bekämpft, gleichzeitig auf möglichst kräftige Ernährung Bedacht genommen. Bei der regelmässigen Verbindung mit Morphinismus wird man am zweckmässigsten zunächst das Cocain entziehen und dann erst mit dem Morphium heruntergehen. Selbstverständlich kann jede derartige Kur nur in einer Anstalt und unter sicherem Ausschlusse jedes unberufenen Verkehrs nach aussen geschehen. Ist doch die sittliche Unzuverlässigkeit dieser Kranken weit grösser, als selbst diejenige der reinen Morphinisten. Für die weitere Behandlung der Kranken nach vollendeter Entziehung aller Mittel gelten die früher ausführlich besprochenen Grundsätze. Nur empfiehlt es sich, hier überall noch vorsichtiger und misstrauischer zu verfahren, als dort.

IV. Das thyreogene Irresein.

Wenn wir bei den Geistesstörungen nach Vergiftungen und Infektionen die krankmachende Schädlichkeit von aussen her in den Körper eindringen sahen, so haben wir nunmehr eine Gruppe von Psychosen zu betrachten, als deren Ursache krankhafte Vorgänge in einem Organe des Körpers selbst, in der Schilddrüse, angesehen werden dürfen. Freilich kennen wir die einzelnen Glieder dieses Zusammenhanges noch nicht, aber wir wissen doch bestimmt, dass es sich um Selbstvergiftungen handelt, die durch den Ausfall der Schilddrüsentätigkeit zustande kommen. Geht die Schilddrüse schon in früher Kindheit zugrunde, so entsteht das Krankheitsbild des Kretinismus, während ihre Vernichtung in späterem Alter zum myxödematösen Irresein führt. Auch der Geistesstörungen bei Basedowscher Krankheit würden wir in diesem Abschnitte zu gedenken haben, da sie ebenfalls zu Erkrankungen der Schilddrüse in Beziehung stehen. Nur die verhältnismässig geringe praktische Bedeutung derselben für den Irrenarzt hat uns hier auf die Schilderung jener Zustände verzichten lassen.

A. Das myxödematöse Irresein*).

Die myxödematöse Geistesstörung ist gekennzeichnet durch eine fortschreitende Verlangsamung und Erschwerung aller psychischen Verrichtungen unter gleichzeitigem Auftreten eigentümlicher Hautveränderungen und gewisser nervöser Störungen. Das Leiden beginnt in der Regel ganz allmäh-

*) Ewald, Die Erkrankungen der Schilddrüse, Myxödem u. Cretinismus. 1896; Buschan, Über Myxödem und verwandte Zustände. 1896; Pilcz, Jahrb. f. Psychiatrie XX, 77.

lich. Es entwickelt sich nach und nach eine auffallende Schwerfälligkeit und Unbehilflichkeit in der Auffassung und Verarbeitung äusserer Eindrücke. Die Kranken vermögen nur mit Mühe einem Gespräche zu folgen, überhören und missverstehen vieles; beim Lesen eines Buches müssen sie die einzelnen Sätze mehrmals wiederholen, bis sie den Sinn einigermassen erfasst haben. Dabei ermüden sie ungemein leicht. Schon die einfachsten geistigen Leistungen kosten ihnen eine unverhältnismässige Anstrengung, so dass sie nach kurzer Anspannung ihre Gedanken nicht mehr recht zu sammeln vermögen. Die psychischen Zeiten, die ich in einem Falle messen konnte, sind dementsprechend bedeutend verlängert. Das Gedächtnis nimmt sehr erheblich ab. Namentlich die Ereignisse aus letzter Zeit verblassen schnell. Die Erinnerung wird unklar und zusammenhangslos; vieles geht auch spurlos wieder verloren. Die Kranken vergessen daher Verabredungen, Aufträge, Vorhaben, müssen sich alles aufschreiben, was irgendwie für sie Wichtigkeit hat. Das Bewusstsein, die allgemeine Orientierung pflegt dabei dauernd klar zu bleiben, wenn auch regelmässig eine leichte Unbesinnlichkeit deutlich erkennbar ist.

Natürlich entwickelt sich aus diesen Störungen eine schwere Beeinträchtigung der gesamten Lebensführung. Die Kranken gewinnen kein rechtes Verständnis für die Vorgänge in ihrer Umgebung; sie brauchen zu den einfachsten Verrichtungen, zum Schreiben eines Briefes, zum Ankleiden, unglaublich lange Zeit, müssen sich auf alle Einzelheiten erst mühselig besinnen und oft von vorn anfangen, weil sie irgend etwas Wichtiges vergessen haben. Diese Schwierigkeiten wachsen allmählich so sehr, dass die Kranken kaum das Allernotwendigste fertig bringen und schliesslich auf jede eigentliche Tätigkeit verzichten. In den höchsten Graden der Störung werden sie ganz hilflos, da sie zu jeder körperlichen oder geistigen Beschäftigung vollkommen unfähig sind. Die tiefgreifende Veränderung, welche sich auf diese Weise mit den Kranken vollzieht, wird mindestens in der ersten Zeit von ihnen deutlich auf das peinlichste empfunden. Sie merken, wie sie „versimpeln“; es ist ihnen, als ob sich ein Schleier über ihr Denken lege. Späterhin freilich tritt immer mehr eine gewisse Stumpfheit und Gleichgültigkeit hervor. Die Kranken machen

sich keine sonderlichen Sorgen über ihren Zustand, nehmen keinen Anteil an dem Wohl und Wehe ihrer nächsten Angehörigen, äussern weder Freude noch Schmerz und geraten in eine Art gemütlicher Erstarrung, in der sie sich willenlos, ohne eigene Wünsche und ohne Pläne für die Zukunft von irgend welchen zufälligen Einflüssen bestimmen lassen.

Die leichteren Formen dieser psychischen Wandlung, die Charcot treffend mit dem Zustande eines in den Winterschlaf verfallenden Tieres verglichen hat, scheinen bei ausgeprägtem Myxödem fast niemals zu fehlen. In etwa 1/3 der Fälle aber wird das Bild einer einfachen Verblödung noch von einer Reihe auffallenderer psychischer Störungen begleitet. Namentlich sind es gemütliche Erregungen, die sich vielfach einstellen. Die Kranken werden ängstlich, kleinmütig, machen sich Sorgen, äussern Selbstvorwürfe, Befürchtungen, Selbstmordgedanken. Bisweilen entwickelt sich nun Schlaflosigkeit, starke Unruhe und Aufregung, Jammern, sinnloses Widerstreben, Nahrungsverweigerung; seltener scheinen auch Zustände von Verwirrtheit, allerlei Sinnestäuschungen und ausgeprägtere Verfolgungsideen vorzukommen.

Die körperlichen Begleiterscheinungen dieses Verblödungsvorganges sind so bekannt, dass wir ihrer hier nur kurz zu gedenken haben. Am meisten in die Augen fallen die Veränderungen an der Haut. Dieselbe wird dick, trocken, rauh und legt sich in starre Falten, so dass sie sich nur in Wülsten von ihrer Unterlage abheben lässt. In den Wangen, am Kinn, an der Stirn, besonders aber am Nacken, an den Oberarmen, oft auch in der Bauchhaut und am Oberschenkel fühlt man plattenartige Einlagerungen im Unterhautzellgewebe. Nicht selten finden sich hier deutliche Striae. Der elektrische Leitungswiderstand ist beträchtlich erhöht. Finger und Zehen werden dick und unförmlich. Das Gesicht wird breit, die Züge grob und plump; der Ausdruck erhält durch den Verlust des feineren Mienenspiels etwas Starres, Maskenartiges. Die Haare fallen aus; die Nägel werden brüchig. Auch auf die Schleimhäute erstreckt sich die Hautverdickung. Die Zunge vergrössert sich, wird schwer beweglich; das Zahnfleisch wulstet sich; die Zähne beginnen oft zu kränkeln und auszufallen. Die Nasenschleimhaut zeigt eine trockene Schwellung mit geringfügiger, aber dauernder schleimig-seröser Absonderung. Der

Magen wird empfindlich, der Appetit gering, der Darm träge. Die Stimme wird rauh, klanglos, eintönig, die Sprache langsam und schwerfällig. Das Gehör pflegt zu leiden, doch besteht öfters gleichzeitig Empfindlichkeit gegen laute Geräusche. Alle Hautverdickungen können sich übrigens im Laufe der Krankheit wieder verlieren, so dass dann die Haut an den früher infiltrierten Stellen in Form von weiten, schlaffen Säcken herabhängt.

Dazu kommt eine ganze Reihe von nervösen Störungen. Schon im Beginne bestehen häufig Kopfschmerzen, dumpfer Druck, Schwindelgefühl; bisweilen kommt es zu Ohnmachten und selbst Krampfanfällen, die entweder den epileptischen gleichen oder die Kennzeichen der Tetanie darbieten; auch Stimmritzenkrämpfe habe ich beobachtet. Sehr häufig sind an der Zunge und namentlich an Armen und Händen feine Zitterbewegungen, von einzelnen gröberen Stössen unterbrochen. Die Bewegungen werden plump, ungeschickt, der Gang langsam, schwerfällig. Die mechanische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven pflegt erhöht zu sein; die Kniesehnenreflexe sind meist gesteigert.

Endlich haben wir noch eine Anzahl von Krankheitszeichen zu erwähnen, die unmittelbar auf Stoffwechselveränderungen hindeuten. Die Schleimhäute sind blass, blutleer; die Menses bleiben aus; die Körperwärme ist sehr niedrig; es besteht grosse Empfindlichkeit gegen Kälte, wie denn auch die Krankheit in der kalten Jahreszeit sich gern verschlimmert. Wahrscheinlich sind auch tiefgreifende Veränderungen des Blutes vorhanden. In einigen von mir beobachteten Fällen erschienen die roten Blutkörperchen vergrössert, und es fanden sich auch sonst noch allerlei, einstweilen nicht näher erklärbare Abweichungen in ihrem chemischen Verhalten. Öfters scheint auch eine Abnahme der roten Blutkörperchen vorzukommen. Die Absorptionsfähigkeit für Sauerstoff ist nach Alexander Schmidts Erfahrungen herabgesetzt, ebenso die Gerinnungsfähigkeit. Mit dieser letzteren Veränderung steht offenbar die Tatsache im Zusammenhang, dass Blutungen bei unseren Kranken häufig und in grosser Ausdehnung beobachtet werden.

Der Verlauf der myxödematösen Geistesstörung ist, wie es scheint, in der Regel ein fortschreitender, wenn keine geeignete Behandlung eintritt. Die Kranken verblöden immer mehr; zu-

gleich stellen sich die Zeichen eines zunehmenden körperlichen Verfalles ein, äusserste Abmagerung, Schwäche, schwere Verdauungs- und Ernährungsstörungen, Collapse. Vielfach erfolgt dann der Tod durch eine hinzutretende Krankheit, welcher der geschwächte Körper keinen Widerstand mehr entgegenzusetzen vermag. Nachlässe der Störungen kommen indessen häufiger vor. Ausserdem muss ich nach meinen Erfahrungen annehmen, dass die Fälle nicht ganz selten sind, in denen sich schwächer ausgeprägte myxödematöse Störungen (Myxödème fruste, Hypothyreoidie) auch ohne Behandlung allmählich wieder zurückbilden.

Die Ursache der myxödematösen Verblödung liegt ohne jeden Zweifel in dem Ausfalle der Schilddrüsentätigkeit. Das wird am klarsten dargetan durch die Entwicklung der ganzen Erscheinungsreihe nach der chirurgischen Entfernung der Schilddrüse, durch die sogenannte „Kachexia strumipriva". Beim Menschen wie bei fleischfressenden Tieren sehen wir nach vollständiger Beseitigung jenes Organs sehr bald gesteigerte Erregbarkeit der Muskeln und Nerven, erhöhte Reflexe, Tetanie, Zittern, epileptiforme Krämpfe auftreten, Störungen, die uns beim Myxödem in gleicher Weise begegnet sind. Blum*) konnte nachweisen, dass bei Hunden durch Milchfütterung die Gefahren der Schilddrüsenausschneidung erheblich verringert werden; er nimmt daher an, dass die Gifte, die durch die Schilddrüse vernichtet werden, wesentlich aus der Eiweissfäulnis herstammen. Bei einigen der durch Milchfütterung länger am Leben erhaltenen Tiere beobachtete er ausgeprägte psychische Störungen. Die Hunde wurden gleichgültig, blöde, stierten vor sich hin, verweigerten die Nahrung, zeigten Angst und beständige Unruhe. Ihr Benehmen machte auch das Bestehen von Sinnestäuschungen wahrscheinlich. Am auffallendsten aber waren gewisse motorische Störungen. Die Tiere taumelten, krümmten sich zusammen, legten sich auf den Rücken, streckten die Beine in die Luft, liefen rückwärts, marschierten wie nach der Musik; dazwischen zeigten sich Muskelzuckungen und Krampferscheinungen. Alle diese Störungen boten periodische Schwankungen dar; der Tod erfolgte durch Entkräftung, auch wohl im Status epilepticus.

---

*) Blum, Neurolog. Centralblatt 1902, 695.

Soweit hier ein Vergleich möglich ist, erinnern diese Schilderungen ungefähr an gewisse Störungen, die wir bei der Katatonie beobachten. Dagegen pflegt sich beim Menschen im Anschlusse an die Ausschneidung der Schilddrüse nach den anfänglichen stürmischen Erscheinungen ein fortschreitendes Siechtum zu entwickeln, welches in allen Einzelheiten durchaus demjenigen des Myxödems gleicht. Wir werden daher zu der Annahme gezwungen, dass die Schilddrüse ein unentbehrliches Glied im Haushalte unseres Körpers vorstellt. Wo trotz ihrer Entfernung das Siechtum nicht auftritt oder sich wieder verliert, haben wir an die Deckung des Ausfalles durch Nebenschilddrüsen oder vielleicht auch durch andere Organe zu denken. So sah man die Hypophysis nach Ausschneiden der Schilddrüse sich vergrössern.

Beim eigentlichen Myxödem entwickelt sich das Krankheitsbild natürlich weit langsamer, als bei der Kachexia strumipriva. Immer aber findet man auch hier eine Vernichtung des Schilddrüsengewebes, die meist mit einem Schwund des Organs, seltener mit einer krankhaften Vergrösserung desselben einhergeht. Am Lebenden ist es bei der ungünstigen Lage der Drüse nicht immer leicht, sich über solche Veränderungen Klarheit zu verschaffen. Am häufigsten scheint bindegewebige Entartung der Drüse zu sein; seltener wird das Myxödem durch colloide Veränderungen erzeugt, da bei diesen in der Regel noch gesunde Inseln des Drüsengewebes erhalten bleiben. In vereinzelten Fällen kann auch Syphilis, Tuberkulose, Aktinomykose die Zerstörung der Schilddrüse herbeiführen; Hoche hat einen Fall von Myxödem nach schwerer Leuchtgasvergiftung beschrieben. Endlich hat man das Myxödem bisweilen als Ausgang der Basedow'schen Krankheit beobachtet, gewissermassen als Verödung der vorher übermässig tätigen Drüse.

Ganz besonders interessant, wenn auch leider noch sehr dunkel, sind die Beziehungen des Myxödems zum Geschlecht. Mehr als $^3/_4$ der bisher bekannten Fälle betreffen Frauen, namentlich im mittleren und im Rückbildungsalter. Hie und da ist ein Zurücktreten des Myxödems während der Schwangerschaft beobachtet worden. Diese Tatsachen bieten eine gute Übereinstimmung mit der allgemeinen Erfahrung, dass die Tätigkeit der Schilddrüse mit den geschlechtlichen Vorgängen beim Weibe in nahem Zusammen-

hange steht. Wir wissen, dass Vergrösserungen der Schilddrüse bei Frauen ungleich häufiger sind, als bei Männern, dass jenes Organ während der Menses nicht selten merklich anschwillt. Während der Schwangerschaft und beim Säugegeschäfte entwickeln sich vielfach Tetanie und Basedow'sche Krankheit. Diese letztere, die sich zudem gern in den Entwicklungsjahren einstellt, ist ebenso wie das Myxödem häufig von Menstruationsstörungen begleitet. Allerdings sind wir heute noch nicht in der Lage, uns über das Wesen dieses an den verschiedensten Punkten hervortretenden Zusammenhanges irgendwie klare Vorstellungen zu machen; wir werden jedoch ähnlichen Andeutungen späterhin auch bei der Besprechung der Dementia praecox begegnen.

Die Behandlung des Myxödems ist, dank unserer Kenntnis von dem Wesen des Leidens, eine ungemein einfache und sichere geworden. Es genügt vollständig, das fehlende Drüsengewebe dem Körper wieder zuzuführen, sei es roh, in Gestalt des getrockneten Pulvers, in Tabletten oder in flüssigem Auszuge. Die Wirkung dieser Behandlung übertrifft an verblüffenden Erfolgen alles, was wir sonst von eigentlichen Arzneiwirkungen kennen, offenbar deswegen, weil es sich hier gar nicht um eine Arznei handelt, sondern um ein natürliches Erzeugnis des Körpers. Meist bedient man sich der getrockneten Hammelschilddrüse, von der etwa 0,1 gr 1—3 mal täglich gegeben werden. Man hüte sich vor verdorbenen und daher unwirksamen Präparaten. Über die Wirksamkeit des von Baumann aus der Drüse dargestellten Jodothyrins gehen die Meinungen noch etwas auseinander; ich selbst fand es gelegentlich erfolglos, wo das Thyreoidin deutlich wirkte. Es ist notwendig, die Gabe des Mittels nur sehr vorsichtig zu steigern, weil sonst leicht Vergiftungserscheinungen, Kopfschmerz, Schwindel, Pulsbeschleunigung, bedrohliche Herzschwäche und selbst tötliche Collapse eintreten können. Boinet*) berichtet über einen Fall, in dem nach täglichem Genusse von 6—12 Hammelschilddrüsen plötzlich unter starkem Herzklopfen hochgradige Unruhe, Gedankenflucht und Verfolgungsdelirien auftraten, die sich nach Aussetzen der Schädlichkeit allmählich wieder verloren, bei neuerlichem Schilddrüsenmissbrauch aber wiederkehrten. Diese Er-

*) Boinet, Revue neurologique 1899, 14.

fahrung ist vielleicht geeignet, ein Licht auf die Entstehung von Geistesstörungen bei der Basedow'schen Krankheit zu werfen.

Die Wirkung der Schilddrüsenbehandlung bei Myxödem beginnt mit dem dritten oder vierten Tage, um von nun an mit erstaunlicher Schnelligkeit fortzuschreiten. Es stellen sich massenhafte Ausscheidungen durch den Darm und die Nieren ein; Haut und Schleimhäute schwellen ab; das Körpergewicht sinkt rasch. Die Nase wird durchgängig, die Zunge beweglicher; die Magenbeschwerden schwinden; die Haut wird weich und feucht, sondert reichlichen Schweiss ab. Die Zahl der weissen und roten Blutkörperchen wächst; der Durchmesser der letzteren nimmt ab. Zugleich löst sich auch die Erstarrung von dem geistigen Leben. Die Kranken fühlen sich freier, leistungsfähiger, wie erlöst von schwerem Druck, nehmen wieder Anteil, werden munter, frisch und lebhaft. In dem obenerwähnten Falle sank die Dauer der psychischen Zeiten binnen 14 Tagen auf die Hälfte. Auf diese Weise kann in verhältnismässig kurzer Zeit das ganze schwere Krankheitsbild verschwinden; nur eine gewisse Ermüdbarkeit pflegt noch längere Zeit zurückzubleiben. Freilich muss das Mittel, wie das in dem Wesen der Krankheit liegt, in kleinen Gaben dauernd fortgenommen werden; die Menge bestimmt sich nach dem Auftreten der ersten leichten Erscheinungen des Rückfalles. Ob in allen, auch in den sehr weit vorgeschrittenen Fällen, noch eine vollständige Genesung möglich ist, muss erst die weitere Erfahrung lehren; jedenfalls scheinen die Störungen recht lange einer gänzlichen Rückbildung zugänglich zu sein.

B. Der Cretinismus.

Der Cretinismus*) ist ausgezeichnet durch die Verbindung einer früh erworbenen, mehr oder weniger hochgradigen psychischen Entwicklungshemmung mit den körperlichen Be-

---

*) Baillarger et Krishaber, crétin, crétinisme et goître endémique, dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. 1879 (Literatur); Cristiani, annali di freniatria, 1897, 349; Langhans, Virchows Archiv 149, 1; Wagner, Wiener Klin. Wochenschr. 1900, 19; Weygandt, Der heutige Stand der Lehre vom Kretinismus. 1904.

gleiterscheinungen einer Verkümmerung oder Entartung der Schilddrüse. Der cretinistische Zustand ist bei der Geburt in der Regel noch nicht vorhanden; in seltenen Ausnahmefällen sind indessen Kinder bereits mit Kröpfen geboren worden. Am häufigsten zeigen sich die ersten Andeutungen des Leidens gegen Ende des ersten Lebensjahres. Die Kinder bleiben in ihrer gesamten körperlichen Entwicklung zurück, zeigen ein blasses, gedunsenes Aussehen. Sie lernen sehr spät oder gar nicht gehen, sind träge und unbeholfen in ihren Bewegungen. Psychisch sind sie stumpf, teilnahmlos, sprechen nicht, schlafen viel, essen ohne Auswahl, vermögen sich nicht reinlich zu halten und bedürfen lange, bisweilen ihr ganzes Leben hindurch, einer sorgfältigen Pflege.



Fig. V.

Um das 5. oder 6. Lebensjahr macht sich meist deutlich die Vergrösserung der Schilddrüse bemerkbar, die, bis zum 12. oder 15. Jahre fortschreitend, ganz ausserordentliche Grade erreichen kann. In anderen, weniger häufigen Fällen (etwa $^1/_3$) verschwindet dagegen für die äussere Untersuchung jede Spur der Schilddrüse, oder man findet verkalkte oder cystisch entartete Reste derselben vor. Die Verknöcherung der Skeletteile verzögert sich erheblich, besonders an den Epiphysen; das Längenwachstum der Knochen bleibt zurück. So entsteht Zwergwuchs und Verkürzung der Glieder, während die Epiphysen verhältnismässig breit erscheinen. Wie hochgradig diese Störung werden kann, zeigt das beigefügte Bild einer 21 Jahre alten Cretinen. Füsse und Hände bleiben klein, kindlich unentwickelt und setzen sich von Arm und Unterschenkel nur unvollkommen ab. Der Kopf ist meist auffallend gross, aber flach, das Gesicht niedrig, der Hals kurz und dick. Die Schädelbasis ist verkümmert, stark gekrümmt; dagegen findet eine Ausweitung der Schädelkapsel



Erwachsene Cretinen.



Cretinistische Kinder.

nach den Seiten, bisweilen auch nach oben statt; oft bleibt die grosse Fontanelle lange Zeit hindurch offen. Die Nase ist breit; die Augenhöhlen stehen weit auseinander. Die gesamte Haut ist trocken, wulstig, hypertrophisch, hängt an einzelnen Stellen, am Nacken, an den Oberarmen, in Form dicker, nur im ganzen verschieblicher Platten über der gewöhnlich recht schwächlichen Muskulatur. Namentlich die breiten, ausdruckslosen Gesichter mit den schwammigen Backen und Augenlidern, den dicken Lippen, der aufgestülpten, an der Wurzel tief eingedrückten Nase bieten einen sehr merkwürdigen Anblick dar. Die beigegebene Tafel I zeigt alle diese Veränderungen sehr deutlich. Bei schlechterem Ernährungszustande wird die Haut eigentümlich faltig, schlaff und runzlig. Der Haarwuchs ist regelmässig spärlich. Die Hautempfindlichkeit ist erheblich herabgesetzt. Die Zähne sind schlecht, kariös, gerippt, stehen schief, nach vorwärts gerichtet. Die beiden Zahnreihen passen vielfach nicht aufeinander, weil der Unterkiefer gegenüber dem oberen zurücktritt oder vorspringt. Die Zunge ist dick, unbeholfen in ihren Bewegungen, liegt oft zwischen den Zähnen; die Sprache ist auch dort, wo sie sich über unartikuliertes Grunzen erhebt, vielfach lallend, stammelnd, ungelenk. Die Stimme klingt rauh, heiser, bisweilen fistulös. Die Kraft der Muskeln ist gering, ihre mechanische Erregbarkeit vielfach gesteigert. Der Bauch ist meist voll, vorgetrieben; oft bestehen Nabelbrüche. Die Zahl der weissen und namentlich der roten Blutkörperchen ist vermindert, der Hämoglobingehalt der letzteren herabgesetzt. Alle Bewegungen sind plump, schwerfällig, der Gang langsam und schleppend. Hie und da werden Krampfanfälle beobachtet, ferner Facialisphänomen, in einzelnen Fällen Tetanie. Die Geschlechtsentwicklung tritt spät oder bei den höchsten Graden des Leidens gar nicht ein. Hier unterbleibt bisweilen auch der Zahnwechsel. Die Widerstandskraft der Cretinen gegen Krankheiten und andere Schädlichkeiten pflegt eine sehr geringe zu sein; sie erreichen daher meist kein hohes Lebensalter, nur recht selten das 50. Jahr.

In psychischer Beziehung können die Cretinen alle möglichen Grade der Erkrankung vom tiefsten Blödsinn bis zum leichten Schwachsinn darbieten, ja es gibt einzelne Personen, welche trotz gewisser körperlicher Anzeichen des Cretinismus dennoch

in ihrem geistigen Verhalten von der Gesundheitsbreite nicht erkennbar abweichen. Bei der überwiegenden Mehrzahl der Kranken jedoch findet sich eine ausgeprägte Stumpfheit und Unempfänglichkeit, welche sie mehr oder weniger unfähig macht, Eindrücke in sich aufzunehmen, Erfahrungen zu sammeln, Vorstellungen und Begriffe zu bilden. Sie bleiben daher sehr häufig auf der Stufe des 4—5jährigen Kindes stehen, öfters auch noch tiefer. Auch die gemütliche Erregbarkeit der Cretinen ist regelmässig eine sehr geringe; sie sind gleichgültig, phlegmatisch, vielfach kindisch zutunlich, gutmütig und lenksam. Zu geregelter Arbeit sind sie meist nicht fähig, teils wegen ihrer Trägheit und Schlaffheit, teils wegen ihrer geringen Kräfte und der grossen Ermüdbarkeit. Gewöhnlich besteht dieser Zustand durch das ganze Leben gleichmässig fort. Nur in einzelnen Fällen gesellen sich, gerade wie bei Idioten, mehr vorübergehende geistige Störungen hinzu, Erregungen, Depressionen oder dürftige Wahnbildungen. Ferner können sich natürlich auf dem Boden der cretinistischen Veranlagung auch verschiedenartige sonstige Formen des Irreseins entwickeln; mehrfach sah ich manisch-depressives Irresein, einmal auch Paralyse.

Die pathologische Anatomie des Cretinismus liegt leider noch völlig im Argen. Wir wissen über den Hirnbefund eigentlich nur, dass teilweiser Schwund, Asymmetrien, Erweiterung der Hirnhöhlen vorkommen. Hier wäre ein Angriffspunkt für die Forschung mit Hilfe der neueren Methoden. Der Schädel ist häufig verdickt, Jochbogen und Unterkiefer schwach entwickelt; die Knorpelfugen bestehen hier wie an den Gliedern fort; auch sonst finden sich eine grosse Zahl verschiedenartiger Abweichungen*). Die Eierstöcke und Hoden zeigen sich unentwickelt oder entartet; ebenso weisen die Muskeln eine Reihe von krankhaften Veränderungen auf.

Der Cretinismus tritt bei weitem am häufigsten endemisch auf, namentlich in den grossen Gebirgsstöcken aller Erdteile, in Europa besonders in den Alpen und Pyrenäen. Am meisten scheinen die mittleren Abschnitte sehr heisser und feuchter Gebirgstäler gefährdet zu sein; auch dem Kalkboden wird eine gewisse

*) Jentsch, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LIV, 776.

Bedeutung zugeschrieben. Die letzten Ursachen dieser endemischen Verteilung sind bisher noch unbekannt; man hat die verschiedenartigsten Umstände, grosse Feuchtigkeit, Stagnation der Luft, schlechtes Trinkwasser, Gehalt der Luft und des Bodens an gewissen Bestandteilen, geologische Formation, ungünstige hygienische Verhältnisse, dafür verantwortlich gemacht, ohne doch bisher eine sichere Erklärung auffinden zu können. Immerhin weisen zahlreiche Beobachtungstatsachen vor allem auf eine sehr wichtige Rolle des Trinkwassers hin. In der Schweiz hat die Bevölkerung vielfach solche Quellen als „Kropfbrunnen" bezeichnet, auf deren Benutzung die Entstehung des Cretinismus zurückgeführt wurde. Hie und da hat sich die Beschränkung des Leidens auf einen bestimmten Brunnenbezirk, das Aufhören oder das Auftreten des Cretinismus mit der Schliessung oder Eröffnung einer bestimmten Wasserquelle nachweisen lassen. Auch das Kochen, ja schon das Filtrieren des verdächtigen Wassers soll seine verhängnisvolle Wirkung beseitigen können.

Meistens pflegt die Ursache des Cretinismus eine weitere Verbreitung zu besitzen und den Typus der Gesamtbevölkerung einer Gegend mehr oder weniger stark zu beeinflussen, so dass eben dadurch jene zahlreichen Abstufungen bis in die Gesundheitsbreite hinein entstehen, denen wir regelmässig neben den schwersten Formen begegnen. Ja, auch die Tiere, Schweine, Hunde, Pferde, Rindvieh, Katzen, besonders aber Maultiere, können die Zeichen des endemischen Cretinismus darbieten. Erwachsene Fremde, welche sich in den gefährdeten Gegenden niederlassen, erkranken nicht oder höchstens mit ganz leichten Kropfbildungen, während die dort von ihnen erzeugten Kinder gar nicht selten cretinistisch entarten. Andererseits ist der Cretinismus einer erblichen Übertragung fähig, auch nach der Auswanderung aus der befallenen Gegend; er pflegt sich unter solchen Umständen erst nach wiederholter Kreuzung mit gesundem Blute zu verlieren.

Alle diese eigentümlichen Tatsachen scheinen darauf hinzuweisen, dass wir als die Ursache des Cretinismus eine Schädlichkeit anzusehen haben, welcher eine gewisse Selbständigkeit der Entwicklung neben der Entstehung unter bestimmten allgemeinen hygienischen Bedingungen zukommt, ein Verhalten, das mit grösster Wahrscheinlichkeit auf einen organisierten An-

steckungsstoff hinweist. Namentlich der jugendliche bezw. fötale Organismus scheint diesem, offenbar wenig flüchtigen und vielleicht auf die Nachkommenschaft übertragbaren endemischen Contagium besonders leicht zugänglich zu sein. Nach allem, was wir über das Myxödem sowie über das Siechtum nach Ausschneidung der Schilddrüse wissen, kann kein Zweifel mehr sein, dass auch beim Cretinismus die Erkrankung der Schilddrüse das erste Glied des Leidens darstellt, während die Hautveränderungen, die Wachstumshemmung, der Blödsinn als die Folgen des Ausfalls der Schilddrüsentätigkeit anzusehen sind. Ist es doch gelungen, bei Tieren die cretinistische Entartung mit allen ihren Eigentümlichkeiten durch die Entfernung jenes Organes künstlich herbeizuführen! Auf diese Weise erklärt es sich einmal, dass es Cretinen mit und ohne Kropf gibt, da die Erkrankung der Schilddrüse natürlich zur Vergrösserung und Entartung, aber auch zur Schrumpfung des Organs führen kann. So erklären sich ferner die verschiedenen Grade des Cretinismus durch die verschiedene Ausbreitung der örtlichen Veränderungen wie durch die wechselnde Ausbildung stellvertretender Drüsen. Endlich aber begreift man leicht, dass es neben dem endemischen auch Fälle von „sporadischem“ Cretinismus oder „infantilem Myxödem“ geben kann, wenn nämlich die Schilddrüse nicht durch den gewöhnlichen, auf bestimmte Gegenden beschränkten Krankheitserreger, sondern durch irgend ein anderes Leiden bereits in der Jugend leistungsunfähig wird. Ob sich unter den verschiedenen, von italienischen Forschern im Trinkwasser der Cretinengegenden aufgefundenen Mikroorganismen bereits der wirkliche Erzeuger der Schilddrüsenerkrankung befindet, bleibt abzuwarten.

Aus der Erkenntnis der Entstehungsweise des Cretinismus leiten sich leicht die Massregeln für seine Bekämpfung ab. Die Erfahrung hat gezeigt, dass Entsumpfung des Bodens und Versorgung der Bevölkerung mit gutem Trinkwasser überall mit überraschender Sicherheit eine Abnahme der Endemie herbeigeführt hat. Auch die allgemeine Verbesserung der hygienischen Verhältnisse scheint vielfach günstig gewirkt zu haben, vielleicht weil auf diese Weise die Widerstandsfähigkeit gegen den Krankheitsträger gesteigert wurde. Es wäre wenigstens denkbar, dass der vielfach bestätigte Einfluss der Erblichkeit wesentlich mit

auf der Vererbung einer geschwächten, wenig widerstandsfähigen körperlichen Anlage beruht. Jedenfalls ist daher reichliche Kreuzung mit gesundem Blute zu empfehlen. Für die einzelne Person kann die Vorbeugung wirksam dadurch eingreifen, dass die kleinen Kinder möglichst frühzeitig aus der befallenen Gegend fortgeschickt werden, bis sie das gefährdete Alter überschritten haben, am besten auf die Höhe des Gebirges. Erfahrene Beobachter teilen mit, dass diese Massregel selbst dann noch völlige Genesung erzielen könne, wenn bereits die ersten Zeichen der beginnenden Erkrankung erkennbar seien; auch fortgesetzte kleine Jodkaliumgaben sollen in diesem Stadium von guter Wirkung sein.

Für die Behandlung des einzelnen Falles hat sich auch bei diesem Leiden in vorzüglicher Weise die Darreichung von Thyreoidin bewährt. Es liegen bereits eine sehr grosse Anzahl von Berichten über dieses Verfahren vor; namentlich Bourneville*) hat sich hier Verdienste erworben. Das Mittel wird in Gaben von 1—1,5 gr frischer Hammelschilddrüse oder in Trockentabletten von entsprechender Menge gegeben; bei Säuglingen hat man mit Erfolg auch die Darreichung an die Mutter versucht. Die Wirkung des Thyreoidin ist bei jugendlichen Kranken eine überraschende. Rumpf und Glieder strecken sich, während die Hautverdickung schwindet; die Zunge verkleinert sich; die Haare und Zähne wachsen und erneuern sich. Die Muskeln werden kräftiger; der Bauch zieht sich ein; die Nabelhernie gleicht sich aus. Zugleich werden die Kranken aufmerksamer, lebhafter, verständiger, ja es kann sich jede Spur der ursprünglichen Verblödung verlieren. Bei längerer Dauer des Cretinismus wird der Erfolg natürlich immer geringer. Es ist mir zwar bei Erwachsenen noch gelungen, durch Thyreoidin die Hautschwellungen erheblich zu verringern; auch die ausgebliebenen Menses sah ich wiederkehren. Allein der psychische Zustand wird nicht mehr merklich beeinflusst, offenbar deswegen, weil sich nun bereits unausgleichbare Veränderungen in der Hirnrinde vollzogen haben.

*) Bourneville, Archives de neurologie 1896, Janvier; Progrès médical, 1897, 10 u. 11; ebenda 1901, 23.

V. Die Dementia praecox.

Unter dem Namen der Dementia praecox*) sei es uns gestattet, vorläufig eine Reihe von Krankheitsbildern zusammenzufassen, deren gemeinsame Eigentümlichkeit der Ausgang in eigenartige Schwächezustände bildet. Es scheint zwar, dass dieser ungünstige Ausgang nicht ausnahmslos eintreten muss, aber er ist doch so ungemein häufig, dass wir bis zur weiteren Klärung der hier ihrer Lösung harrenden klinischen Fragen an der gebräuchlichen Bezeichnung festhalten möchten. Vielleicht wären andere Bezeichnungen, wie die „demenza primitiva“ der Italiener oder der von Rieger bevorzugte Ausdruck „Dementia simplex“ zutreffender. Ich kann nach den bisher bekannten klinischen und anatomischen Tatsachen nicht zweifeln, dass wir es hier mit schweren und in der Regel höchstens teilweise rückbildungsfähigen Schädigungen der Hirnrinde zu tun haben. Ob allerdings der Krankheitsvorgang überall der gleiche ist, muss zur Zeit als völlig unsicher bezeichnet werden.

Der Übersicht halber empfiehlt es sich vielleicht, zunächst drei Hauptgruppen der Dementia praecox auseinander zu halten, die jedoch ohne Zweifel durch fliessende Übergänge miteinander verbunden sind. Wir wollen diese Formen als hebephrenische, katatonische und paranoide bezeichnen. Die erste derselben deckt sich mit der früher von mir beschriebenen Dementia praecox, die zweite mit der Katatonie, während die dritte die Dementia paranoides und ausserdem gewisse sonst der Paranoia zugerechnete Fälle umfasst, die rasch zu einem erheblichen Grade

---

*) Finzi e Vedrani, Rivista sperim. de freniatria, XXV, 1899; Christian, Ann. médico-psychol. 8, 9, 43, 1899; Trömner, Das Jugendirresein (Dementia praecox). 1900; Sérieux, Gaz. hebdomad. Mars 1901; Revue de psychiatrie, Juin 1902; Jahrmärker, Zur Frage der Dementia praecox. 1902; Meeus, Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique, mars-sept. 1902; Masselon, Psychologie des déments précoces. 1902; Stransky, Jahrb. f. Psych. XXIII, 1903; Bernstein, Allg. Zeitschr. f. Psych. LX, 554, 1903.

geistiger Schwäche führen. Das ganze Gebiet der Dementia praecox entspricht im wesentlichen den früher als „Verblödungsprozesse“ bezeichneten Krankheitsbildern; ich möchte diese Verschiebung der Benennungen vorschlagen, weil auch die Paralyse und der Altersblödsinn sowie eine Reihe weiterer Krankheitsvorgänge allenfalls mit unter dem Namen der Verblödungsprozesse verstanden werden könnten.

Die Mannigfaltigkeit der Zustandsbilder, die wir im Bereiche der Dementia praecox beobachten, ist eine sehr grosse, so dass ihre innere Zusammengehörigkeit zunächst nur aus ihrer Aufeinanderfolge in demselben Krankheitsverlaufe erkennbar ist. Dennoch begegnen uns gewisse Grundstörungen in mehr oder weniger ausgeprägter Form überall wieder, am reinsten allerdings in den Endzuständen, in denen die mehr zufälligen und vorübergehenden Begleiterscheinungen des Krankheitsvorganges hinter den dauernden und kennzeichnenden Veränderungen des Seelenlebens zurückgetreten sind.

Die einfache Auffassung äusserer Eindrücke pflegt in der Dementia praecox keine gröberen Beeinträchtigungen zu erleiden. Die Kranken nehmen im allgemeinen wahr, was um sie hervorgeht, oft weit besser, als man nach ihrem Verhalten erwarten sollte. Man ist überrascht, dass anscheinend völlig stumpfe Kranke alle möglichen Einzelheiten in ihrer Umgebung richtig aufgefasst haben, plötzlich die Namen ihrer Leidensgefährten kennen, Änderungen in der Kleidung des Arztes bemerken. Dennoch haben uns Versuche gezeigt, dass sehr kurze Zeit einwirkende Reize regelmässig recht unvollkommen wahrgenommen werden. Besonders auffallend war dabei die Erfahrung, dass die Kranken neben den spärlichen richtigen immer eine ganz ungewöhnlich grosse Zahl von völlig falschen Angaben machten, ein Zeichen dafür, dass die Neigung zu willkürlichem Vorbringen beliebiger, sich darbietender Vorstellungen gesteigert war.

Die Orientierung der Kranken ist meist ungestört. Sie wissen in der Regel, wo sie sich befinden, erkennen die Personen, sind klar über die Zeitrechnung. Nur im Stupor und in heftigen Angstzuständen kann die Orientierung zeitweise stärker getrübt sein, doch ist es gerade kennzeichnend für die Kranken, dass sie oft trotz stärkster Erregung vollkommen besonnen bleiben. Ande-

rerseits wird jedoch die Orientierung nicht selten durch Wahnbildungen beeinträchtigt. Die Kranken bezeichnen Aufenthaltsort und Personen falsch, geben ein verkehrtes Datum an, nicht wegen der Unfähigkeit, richtig aufzufassen und zu überlegen, sondern weil ihre Wahnvorstellungen mächtiger sind, als die von der Wahrnehmung gelieferten Anhaltspunkte. Freilich ist es nicht immer möglich, über diese Verhältnisse Klarheit zu gewinnen, weil die Kranken vielfach gar keine oder absichtlich falsche Auskunft geben.

Schwere Störungen erleidet die Sinneserfahrung bei unseren Kranken sehr häufig durch das Auftreten von Trugwahrnehmungen. Namentlich bei akuter oder subakuter Entwicklung der Krankheit pflegen dieselben fast niemals zu fehlen. Oft genug begleiten sie den ganzen Krankheitsverlauf; häufiger schwinden sie späterhin allmählich, um dann in den Endzuständen nur noch zeitweise stärker hervorzutreten. Bei weitem am häufigsten sind Gehörstäuschungen, nächstdem Gesichtstäuschungen und Gefühlstäuschungen, die Empfindung von Durchströmungen, Berührungen, Beeinflussungen. Bisweilen werden die Stimmen in verschiedenen Körperteilen gehört. Ein Kranker schrieb nieder:

Stimme im rechten Ohr: „Niemals"; z. B. als Antwort auf einen Wunsch. Stimme im linken Ohr: „Dumm-Jesses- Gott". Stimme im Magen: „Lausbub. Punkt. Gut". Stimme in der Nase: „München: oho-Bub". Stimme am Herzen: „Bub". Stimme im Unterleib rechs: „Jockel".

Im Beginne der Krankheit pflegen die Täuschungen unangenehmen Inhalts zu sein und den Kranken lebhaft zu beunruhigen. Später werden sie meist gleichmütiger hingenommen, wenn wir von vorübergehenden Erregungszuständen absehen. Manche Kranke betrachten die Täuschungen als künstliche Erzeugnisse, als eine Art Theater, das ihnen vorgeführt wird, belustigen sich auch wohl darüber; noch andere kümmern sich gar nicht darum und machen überhaupt erst auf eindringliches Befragen einige spärliche Angaben über den Inhalt ihrer Täuschungen. Ein später ganz verblödeter Kranker lieferte darüber folgende Aufzeichnungen:

„Im Prinz Karl hätte ich eine Mark Trinkgeld bekommen — Ich wär' ein eingebildeter Bu — Auf Reisen wär der Mann gewesen — Jetzt lacht der Bub auch noch — Nun möcht' ich bloss wissen, warum der Bu da ist — Zu End ist er noch nicht — Jetzt gefällt mir's schon nicht mehr — Ach lieber Gott, der

Bub dauert mich — Der schreibt aber ganz fein — das geht wie geschmiert — wie sich da alles reimt — Der bringt in jeder Reih eine andere Schrift (Die Schrift hatte sich in der Tat vollständig geändert) — Der Jud' kann sich nicht mehr helfen vor Unzufriedenheit —".

Öfters ist der Inhalt der Stimmen ein ganz unsinniger und zusammenhangsloser. So hörte ein sonst völlig besonnener und geordneter Kranker dauernd Sätze wie die folgenden, die deutlich die Erscheinung des Haftens der Vorstellungen zeigen:

„Denn wir selber können immer hoffen, dass wir uns andere Gedanken zahlen lassen sollen. Denn wir selbst wollen's wissen wollen, wer mit uns den Saukopf närrisch hin zum Tode quälen lassen sollte. Nein, wir selber sind nicht mehr so dumm, und kümmern uns nicht immer drum, wenn wir uns Saufen sparen lassen sollen. Weil wir eben närrisch machen und uns selber saudumm anschmieren lassen sollen."

Das Bewusstsein der Kranken ist, wenn wir von den verblödeten Endzuständen absehen, in vielen Fällen dauernd völlig klar. Nur in den Erregungs- und Stuporzuständen kommt es zeitweise zu Trübungen, die indessen meist weniger hochgradig sind, als es auf den ersten Blick scheint. Schwere Störungen pflegt dagegen regelmässig die Aufmerksamkeit zu zeigen. Wenn man auch oft die Kranken vorübergehend zum Aufpassen bringen kann, so besteht doch dabei nicht selten grosse Ablenkbarkeit, die ein längeres Festhalten bei demselben Gegenstande unmöglich macht. Vor allem aber fehlt den Kranken durchweg das Interesse, die Neigung, aus eigenem innerem Antriebe ihre Aufmerksamkeit auf die Vorgänge in ihrer Umgebung zu richten. Obgleich sie recht wohl wahrnehmen, was um sie her vorgeht, beachten sie es doch nicht, suchen es nicht zu erfassen und zu verstehen. In sehr tiefem Stupor oder bei vorgeschrittenem Blödsinn kann es auch ganz unmöglich werden, überhaupt noch irgendwie die Aufmerksamkeit der Kranken zu erregen. Umgekehrt sieht man bisweilen beim Schwinden des Stupors eine gewisse Neugierde bei den Kranken auftreten; sie beobachten verstohlen, was sich im Zimmer abspielt, folgen dem Arzte von weitem, sehen in alle offenstehenden Türen hinein, wenden sich aber ab, wenn man sie anruft, blicken fort, sobald man ihnen etwas zeigen will. Anscheinend wird hier die wieder erwachende Aufmerksamkeit durch den Negativismus in Schranken gehalten.

Das Gedächtnis der Kranken ist verhältnismässig wenig gestört. Sie vermögen, wenn sie wollen, über ihre Vergangenheit

eingehende, richtige Angaben zu machen, wissen oft auf Tage genau, wie lange sie in der Anstalt sind. Ihre in der Schule erworbenen Kenntnisse haften bisweilen mit erstaunlicher Zähigkeit bis in die Zeit tiefster Verblödung hinein. Ich erinnere mich an einen ganz stumpfsinnigen Bauernburschen, der vor der Landkarte jede beliebige Stadt ohne Zögern aufzeigen konnte; ein anderer verblüffte durch seine geschichtlichen Kenntnisse; noch andere lösen mit Leichtigkeit schwierige Rechenaufgaben. Auch die Merkfähigkeit ist oft recht gut erhalten. Allerdings stellt sich nach schwerem Stupor nicht selten heraus, dass die Kranken von den Vorgängen während längerer Zeiträume gar keine oder doch nur sehr unklare Erinnerung besitzen; auf der anderen Seite aber gelingt es meist leicht, selbst ganz teilnahmlosen Kranken Zahlen oder Namen einzuprägen, die sie dann nach Tagen und Wochen richtig wieder vorbringen. Freilich erhält man dabei öfters zunächst wegen des Negativismus unzutreffende Antworten, bis dann bei eindringlicherem Befragen klar wird, dass die Kranken sich die Aufgabe ganz gut gemerkt hatten.

Der Gedankengang der Kranken pflegt früher oder später stets empfindlich zu leiden. Auch wenn wir absehen von der Verwirrtheit in den Erregungszuständen und vom Stupor, bei dem wir die inneren Vorgänge nicht verfolgen können, bildet sich in der Regel mehr und mehr eine gewisse Zerfahrenheit des Denkens heraus, wie wir sie früher eingehend geschildert haben. In leichteren Fällen zeigt sich dieselbe vielleicht nur in erhöhter Ablenkbarkeit und Sprunghaftigkeit, in unvermitteltem Übergehen von einem Gegenstande zum anderen, dem Einflechten überflüssiger Redensarten und Nebengedanken; bei schwererer Störung dagegen entwickelt sich nicht selten Sprachverwirrtheit mit ihrem völligen Verluste jeden Zusammenhanges und ihren Wortneubildungen. Freilich muss zugegeben werden, dass dabei der eigentliche Gedankengang möglicherweise viel weniger gestört ist, als es den Anschein hat, weil die Kranken unter Umständen nicht nur gut auffassen, sondern auch das Aufgefasste weiter verarbeiten und sich annähernd geordnet benehmen können. Fast immer begegnen uns übrigens im Gedankengange der Kranken die Anzeichen der Stereotypie, des Haftens einzelner Vorstellungen, welches zeitweise sogar das ganze Denken der Kranken derart be-

herrschen kann, dass Wochen und Monate lang immer dieselben dürftigen Wendungen wiederkehren. Häufig beobachten wir auch die Neigung zum Reimen, zu sinnlosen Klangwiederholungen, zu gewaltsamen Wortspielereien.

Schwer geschädigt wird ferner ausnahmslos die Urteilsfähigkeit der Kranken. So sicher sie sich bisweilen noch in eingelernten Bahnen bewegen, so pflegen sie doch zu versagen, sobald es sich darum handelt, neue Erfahrungen geistig zu verarbeiten. Sie verstehen nicht mehr recht, was um sie herum vorgeht, überblicken die Sachlage nicht, denken nicht nach, verfallen nicht auf die nächstliegenden Schlüsse und machen sich keine Einwände. Infolgedessen haben sie von ihrer Lage, ihrem Zustande meist eine ganz falsche Vorstellung. Wenn auch nicht selten ein gewisses Bewusstsein der krankhaften Veränderung vorhanden ist, die sich mit ihnen vollzogen hat, fehlt ihnen doch regelmässig das tiefere Verständnis für die Schwere der Störung und die weitreichenden Folgen, welche dieselbe für die ganze Zukunft nach sich zieht.

Ungemein häufig entwickeln sich auf diesem Boden vorübergehend oder dauernd Wahnvorstellungen. In der ersten Zeit der Krankheit pflegen sie vorzugsweise traurigen Insalts zu sein, hypochondrische, Versündigungs-, Verfolgungsideen. Späterhin gesellen sich oft Grössenideen hinzu oder treten auch wohl ganz in den Vordergrund. Alle diese Wahnvorstellungen zeigen in der Regel sehr bald ein unsinniges, abenteuerliches Gepräge, anscheinend wegen der sich rasch entwickelnden geistigen Schwäche. Sie sind ferner nicht unveränderlich, sondern wechseln ihren Inhalt mehr oder weniger schnell durch Ausfallen früherer, Hinzutreten neuer Bestandteile. Bisweilen bringen die Kranken trotz gewisser dauernder Grundzüge fast jeden Tag neue wahnhafte Einzelheiten vor, lassen sich auch wohl durch Zureden zur Erfindung beliebiger Wahnbildungen anregen. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle hört die anfangs oft sehr üppige Wahnbildung allmählich ganz auf. Höchstens werden noch einzelne Wahnvorstellungen einige Zeit hindurch festgehalten, ohne weiter verarbeitet zu werden, oder sie tauchen von Zeit zu Zeit noch einmal hervor, oder endlich sie geraten dauernd und vollständig in Vergessenheit. Nur in jener Gruppe von Beobachtungen, die wir als

paranoide Formen zusammenfassen wollen, erhalten sich die Wahnvorstellungen länger, aber auch hier werden sie immer zerfahrener und zusammenhangsloser.

Sehr auffallende und tiefgreifende Störungen spielen sich regelmässig im Gemütsleben unserer Kranken ab. Den Beginn der Krankheit bilden ausserordentlich häufig traurige oder ängstliche Verstimmungen, bisweilen mit lebhafter Erregung. Etwas seltener sind Zustände ausgelassener Lustigkeit mit fortwährendem unbändigem Lachen. Weit wichtiger aber, als diese vorübergehenden Zustandsbilder ist die ausnahmlos eintretende, mehr oder weniger hochgradige gemütliche Verblödung, die einen der Grundzüge des ganzen Krankheitsvorganges darstellt. Schon der oben erwähnte Mangel an Interesse für die Umgebung dürfte als eine Teilerscheinung dieser allgemeinen Störung aufzufassen sein, insofern die inneren Beweggründe zur Anspannung der Aufmerksamkeit eben wesentlich durch Gefühle geliefert werden. Die eigentümliche Gleichgültigkeit der Kranken gegenüber ihren sonstigen gemütlichen Beziehungen, das Erlöschen der Zuneigung zu Angehörigen und Freunden, der Befriedigung an Tätigkeit und Beruf, an Erholung und Vergnügungen ist nicht selten das erste und auffallendste Zeichen des hereinbrechenden Leidens. Die Kranken empfinden, auch wenn etwa die Ausdrucksbewegungen noch lebhaft sind, innerlich keine rechte Freude und keine Trauer mehr, hegen weder Wünsche noch Befürchtungen, sondern leben teilnahmlos in den Tag hinein, bald stumpf vor sich hinbrütend, bald in gegenstandsloser Heiterkeit. Auch gegen körperliches Unbehagen scheinen sie oft unempfindlicher geworden zu sein, ertragen unbequeme Stellungen, Nadelstiche, Verletzungen, ohne sich viel daraus zu machen. Öfters behält jedoch das Essen sehr lange eine besondere Anziehungskraft. Man sieht die Kranken ohne Gruss oder sonstiges Zeichen gemütlicher Anregung die Besuche ihrer Angehörigen empfangen, aber eiligst deren Taschen und Körbe nach Esswaren durchstöbern, die sie sich sofort, mit vollen Backen kauend, bis auf den letzten Rest einzuverleiben pflegen. Auch in den Endzuständen der Krankheit ist die vollkommene Gleichgültigkeit gegenüber allen Vorgängen in der Umgebung ein Hauptzug des klinischen Bildes. Damit kann sich unter Umständen recht wohl eine gewisse Reizbarkeit verbinden,

die allerdings meist nur zu Zeiten hervortritt, seltener dauernd fortbesteht.

Eine Teilerscheinung der gemütlichen Verblödung ist ferner der Verlust des Mitleids, des Anstands-, Ekel- und Schamgefühls. Die Kranken nehmen keine Rücksicht mehr auf ihre Umgebung, passen ihr Verhalten nicht mehr der Lage an, in der sie sich befinden, lachen bei ernsten Gelegenheiten, sind grob und patzig gegen ihre Vorgesetzten, verlieren Haltung und persönliche Würde; sie bleiben teilnahmlos bei fremdem Unglück, misshandeln auch wohl ihre Mitkranken mit der grössten Roheit bei geringfügigstem Anlasse. Sie lassen unter sich gehen, verrichten ihre Bedürfnisse in das Essgeschirr, greifen mit den Fingern in das Essen, spucken in ihr Bett oder in ihre Hand, verzehren Käfer und Würmer, schlürfen das schmutzige Badewasser ein oder leeren auf einen Zug das gefüllte Speiglas. Der Mangel des Schamgefühls äussert sich in rücksichtslosen Entblössungen, dem Auskramen geschlechtlicher Erlebnisse. Öfters besteht daneben eine lebhafte Steigerung geschlechtlicher Erregung, die sich in unflätigen Reden, unzüchtigen Anträgen und Angriffen, fortgesetztem triebartigem und schamlosem Onanieren Luft macht.

Hand in Hand mit dieser tiefen Störung des Gemütslebens gehen die ausgebreiteten und mannigfaltigen Krankheitserscheinungen auf dem Gebiete des Benehmens und Handelns, die dem ganzen Bilde am meisten sein eigenartiges Gepräge geben. Die allgemeine Grundlage scheint eine Herabsetzung der Willensantriebe überhaupt zu sein, wie sie sich namentlich in der Willenlosigkeit der Endzustände zeigt, oft aber auch schon von Anfang an deutlich hervortritt. Die Kranken haben jeden eigenen Antrieb zum Handeln und zur Tätigkeit verloren, sitzen müssig herum, vernachlässigen ihre Obliegenheiten, obschon sie vielleicht noch imstande sind, sich auf äussere Anregung hin in geordneter Weise zu beschäftigen. Neben dieser Unfähigkeit zu selbständiger Tätigkeit kann sich dauernd oder vorübergehend ein mehr oder weniger lebhafter Bewegungsdrang entwickeln, der sich unter Umständen bis zu stürmischster Tobsucht steigert. Aber auch bei ihm haben wir es, wie schon früher ausgeführt, nicht mit einer Steigerung der Willensantriebe, sondern nur mit einer motorischen Erregung zu tun; die Bewegungen erstreben nicht die Ver-

wirklichung bestimmter Ziele, sondern sie sind die planlosen Entäusserungen innerer Spannung.

Allerdings verbindet sich mit dieser Erregung in der Regel auch eine erleichterte Umsetzung von Bewegungsantrieben in Handeln. Wir sehen unsere Kranken auf plötzliche Einfälle hin Scheiben zerschlagen, die Beine durch das Fenstergitter stecken, Tische und Stühle umwerfen, sich selbst verletzen, schwere Selbstmordversuche machen. Alle derartigen unsinnigen Handlungen pflegen plötzlich, mit grosser Gewalt und blitzschnell ausgeführt zu werden, sobald der Antrieb dazu auftaucht. Den Kranken fehlen dabei bestimmte, verstandesmässige Beweggründe; sie handeln triebartig, ohne sich über den Zweck ihres Tuns Rechenschaft zu geben, auch wenn sie dasselbe mitunter nachträglich noch durch Überlegungen zu begründen suchen.

Diese Unfähigkeit, auftauchende Antriebe zu unterdrücken. findet sich aber nicht nur in der Erregung, sondern vielfach auch im Stupor der Dementia praecox. Dieser letztere wird im allgemeinen von der Erscheinung der Willenssperrung beherrscht; jeder Antrieb wird zunächst durch einen noch stärkeren von entgegengesetzter Richtung ausgelöscht. Auf diese Weise entsteht das Krankheitszeichen des Negativismus, dem wir hier in den verschiedenartigsten Gestaltungen unendlich häufig begegnen. Dahin gehören der starre Widerstand gegen jede Lageveränderung, gegen Nahrungsaufnahme und Kleidung, das Schliessen der Augen, das Wegwenden des Kopfes, Zurückweichen und Entschlüpfen bei Anreden, das Zurückhalten von Kot, Urin und Speichel, das Verkriechen unter die Bettdecke, das Verschmähen des Bettes, die Stummheit, die gesucht unsinnigen Antworten, die plötzliche Unterbrechung angefangener Bewegungen und Handlungen, die Unzugänglichkeit gegenüber allen Aufforderungen und Eingriffen. Auch dieser Negativismus, dessen Ausprägung und Stärke zwar vielfach wechselt, der aber von aussen her nur selten zu beeinflussen ist, kann durch innere Antriebe ganz unvermittelt jäh durchbrochen werden, so dass die bis dahin regungslosen Kranken plötzlich mit grösster Kraft und Schnelligkeit irgend eine sinnlose Handlung begehen, um vielleicht ebenso plötzlich in den früheren Zustand zurückzuversinken.

Vielfach indessen schwinden die einmal aufgetauchten An-

triebe nicht sofort wieder, sondern wiederholen sich durch kürzere oder längere Zeit hindurch immer von neuem. Die Hartnäckigkeit, welche die Kranken dabei entwickeln können, ist öfters ganz erstaunlich. Sie drängen vielleicht monatelang mit der grössten Heftigkeit zu derselben Türe hinaus, obgleich ihnen alle anderen Wege offen stehen, zupfen sich sämtliche Haare am ganzen Körper aus, knieen immer an der gleichen Stelle, laufen im Kreise herum. Besonders bedenklich sind die bisweilen ununterbrochen Tag und Nacht fortgesetzten Versuche, sich zu erdrosseln, kopfüber aus dem Bett zu stürzen, die Türe zu erklettern, um sich herabfallen zu lassen, mit dem Kopfe gegen Wand oder Tisch zu schlagen. Hierher gehören auch alle jene mannigfachen Bewegungs- und Haltungsstereotypen, die namentlich das Bild der Katatonie so seltsam gestalten, ferner die Verbigeration und endlich auch die Manieren, die wenigstens der Mehrzahl nach nichts anderes sind, als erstarrte krankhafte Abänderungen geläufiger Handlungen. Das Atmen, Sprechen, Schreiben, das Stehen und Gehen, das An- und Auskleiden, das Handgeben und Essen, die Geberden laufen nicht in der gewöhnlichen ungezwungenen Weise ab, sondern sie werden bestimmt, begleitet, durchkreuzt von allerlei Nebenantrieben, die trotz mannigfaltigster persönlicher Verschiedenheiten doch gewisse immer wiederkehrende Formen aufweisen, namentlich aber bei demselben Kranken oft jahre- und jahrzehntelang mit grosser Zähigkeit haften. Wir werden sie späterhin im einzelnen zu schildern haben.

Mit der schweren Schädigung des Willens, dem Untergehen der eigenen Antriebe und Hemmungen dürfte endlich auch das bei der Dementia praecox sehr häufige Krankheitszeichen der Befehlsautomatie in nahen Beziehungen stehen. Die Kranken sind, namentlich bei vorgeschrittener Verblödung, nicht nur im allgemeinen lenksam, so dass sie den unentbehrlichen Stamm jener Massen bilden, die sich willig dem einförmigen Tageslaufe der grossen Anstalten fügen, sondern sie zeigen auch im einzelnen vielfach die Zeichen erhöhter Beeinflussbarkeit. Bei einer grossen Zahl beobachten wir zeitweise oder bis an das Lebensende Katalepsie, sehr oft auch Echolalie und Echopraxie. Allerdings wechselt das Auftreten dieser Störungen vielfach, aber es dürfte wenige Kranke mit Dementia praecox geben, die nicht das eine oder

das andere dieser Zeichen zu irgend einer Zeit des Krankheitsverlaufes dargeboten haben.

Als einen gemeinsamen Grundzug des Krankheitsbildes können wir, wie neuerdings wieder Stransky mit Recht betont hat, den Verlust der inneren Einheitlichkeit der Verstandes-, Gemüts- und Willensleistungen betrachten. Die Gefühlsregungen entsprechen nicht dem Vorstellungsinhalte. Die Kranken lachen und weinen ohne erkennbaren Grund, erzählen lächelnd von ihren Selbstmordversuchen, geraten bei den unbedeutendsten Anlässen in lebhafte Angst oder Zornausbrüche. Gerade dieses Missverhältnis zwischen Vorstellung und Gemütsbewegung drückt ihrem Verhalten den Stempel des „Läppischen" auf. Eine ganz ähnliche Disharmonie kennzeichnet vielfach das gesamte Handeln der Kranken, das nicht, wie beim Gesunden, der Ausdruck der Lebensanschauung und Gemütsart, der Eindrücke, Überlegungen und Stimmungen ist, sondern von unvermittelten Antrieben, Gegenantrieben und Querantrieben beherrscht und durchkreuzt wird. Daher die Unberechenbarkeit, Unbegreiflichkeit und Verschrobenheit in den Willensäusserungen, deren Abhängigkeit von den natürlichen und gesunden Beweggründen fortwährend durchbrochen wird.

Sehr deutlich pflegt sich der Verlust der Einheitlichkeit und Folgerichtigkeit im Ablaufe der Seelenvorgänge auf dem Gebiete der Ausdrucksbewegungen zu zeigen. Sie tritt uns entgegen in der Erscheinung der Paramimie, dem Missverhältnisse zwischen Stimmung und Gesichtsausdruck, kläglichem Weinen bei heiteren, Lachen bei ernsten Anlässen, der Mischung von Heulen und Lachen, dem Weinen in Melodien, dem Herumtanzen mit starren, maskenartigen Zügen u. s. f. Auch manche andere Erscheinungen, namentlich die Schrullen und Manieren, das Vorbeireden und Vorbeihandeln, vielleicht auch die Sprachverwirrtheit und die Wortneubildungen würden sich vielleicht unter dem Gesichtspunkte eines Auseinanderweichens der natürlichen Zusammenhänge zwischen Verstandes-, Gefühls- und Willensvorgängen begreifen lassen.

Überaus häufig kommt dieser Verlust der Selbstbestimmung den Kranken in der Vorstellung zum Bewusstsein, von fremdem Willen beherrscht zu werden. Sie fühlen ganz deutlich, dass

ihre Handlungen nicht der Ausfluss ihres eigenen Denkens und Strebens sind, dass sie Dinge tun müssen, die sie eigentlich gar nicht wollen. Sie glauben sich daher von aussen getrieben, hypnotisiert, magnetisiert, durch Fernwirkungen gezwungen, „wie ein Automat“, müssen denken, sprechen, lachen, handeln, wie es ihnen eingegeben wird. Namentlich auch geschlechtliche Erregungen werden von den Kranken auf solche äusseren Einwirkungen zurückgeführt. Die Urheber der Beeinflussungen sind meist irgend welche Feinde, bisweilen auch Behörden, die den Kranken bestimmten Proben unterwerfen. Einer meiner Kranken bat dieselben in Gedanken vielfach inständig, nun doch endlich aufzuhören; er reiste über die französische Grenze, um zu sehen, ob dort die Eingebungen auch stattfänden. Als er sich überzeugt hatte, dass die Ströme die Grenze überschritten, wahrscheinlich durch Eisenbahnen und Telegraphen, hatte er nur noch den Wunsch, über das Meer zu gehen, um sich das Leben zu nehmen, falls auch durch Kabel die Fernwirkungen übertragen werden könnten.

Die Arbeitsfähigkeit der Kranken leidet ausnahmslos sehr empfindlich. Ihnen fehlt jedes eigene Beschäftigungsbedürfnis; sie können Tage und Wochen lang untätig im Bette liegen, um höchstens einmal einen alten Kalender zu durchblättern oder in die Anzeigen einer Zeitung zu starren. Infolgedessen müssen sie überall angetrieben werden, stocken vor jeder kleinen Schwierigkeit, vermögen sich veränderten Bedingungen nicht anzupassen. Einer meiner Kranken, der unter Aufsicht rasch und flott abschrieb, so lange man wollte, war durchaus unfähig, den Einschaltungszeichen zu folgen, gab vielmehr trotz eingehendster vorheriger Belehrung doch immer alles gedankenlos genau so wieder, wie es ihm vor die Feder kam. Andere sind imstande, früher eingeübte Arbeiten mit grosser Sauberkeit zu wiederholen, versagen aber sofort, wenn ihnen neue Aufgaben gestellt werden. Hier kommt es dann oft zu eigentümlich verschrobenen Leistungen, Handarbeiten, Zeichnungen, in denen sich neben den Spuren technischer Fertigkeit der Verlust des Schönheitssinnes und die Neigung zum Absonderlichen kundgibt. Ebenso pflegt sich bei den musikalischen Leistungen der Untergang des künstlerischen Feingefühls in ihren bald ausdruckslosen, bald verzerrten und willkürlichen Darbietungen bemerkbar zu machen.

Ausser den psychischen Störungen sind auch auf körperlichem Gebiete eine Reihe von Krankheitserscheinungen zu verzeichnen, deren genauere Beziehungen zu dem Grundleiden allerdings noch nicht in allen Punkten feststehen. Vor allem sind hier die Anfälle zu erwähnen, die schon von Kahlbaum und Jensen sehr gut beschrieben wurden. Es handelt sich meist um Ohnmachten oder um epileptiforme Krämpfe, die bald vereinzelt, bald häufiger bei unseren Kranken auftreten. Seltener sind Krämpfe in einzelnen Muskelgebieten (Gesicht, Arm), Tetanie oder gar apoplektiforme Anfälle mit länger dauernder Lähmung; doch wurde mir auch von solchen einige Male aus der Vorgeschichte berichtet. Ich selbst sah einmal einen schweren Collaps mit Krämpfen in der linken Körperhälfte und im rechten Facialis. Nicht ganz selten bildet ein Anfall das erste Zeichen der beginnenden Krankheit. So sah ich unter anderem einen von Jugend auf besonders begabten älteren Studenten, der plötzlich von einem tiefen Koma befallen wurde, aus dem er nur ganz allmählich wieder erwachte. Es war ausser einer leichten Pupillendifferenz, Facialisphänomen und starker Steigerung der Reflexe keine Spur von Hirnerscheinungen vorhanden, doch bot der Kranke, als ich ihn wenige Wochen später untersuchte, das ausgeprägte Bild des vorzeitigen Schwachsinns dar, das noch heute fortbesteht. Alle diese Anfälle sind nahezu doppelt so häufig beim weiblichen wie beim männlichen Geschlechte. Nach meiner Zusammenstellung fanden sie sich in etwa 18% aller Fälle. Ausserdem aber waren bei einer ganzen Reihe von Kranken schon in der Jugend Krämpfe oder Ohnmachten vorausgegangen, von denen es zweifelhaft bleiben muss, ob ihnen irgend ein Zusammenhang mit der Geistesstörung zugeschrieben werden darf. In einem Falle sah ich die Entwicklung einer schweren Katatonie nach langjährigem Bestehen von unzweifelhaften epileptischen Anfällen, zu denen sich dann noch hysteriforme hinzugesellten. Auch sonst werden öfters hysteriforme Krämpfe und Lähmungen beobachtet, Aphonie, Singultus, plötzliches Steifwerden, örtliche Kontrakturen u. ähnl.

Höchst eigenartige Störungen sind die vielfach auftretenden Krampferscheinungen in der Gesichts- und Sprachmuskulatur. Ein Teil derselben ähnelt vollständig den Ausdrucksbewegungen, das Stirnrunzeln, Verziehen der Mundwinkel, Verdrehen, Aufreissen

und Zukneifen der Augen, kurz, jene Bewegungen, die wir unter der Bezeichnung des Gesichterschneidens oder Grimmassierens zusammenfassen; sie erinnern an die entsprechenden Störungen der Choreatischen und entspringen durchaus nicht aus bestimmten Vorstellungen oder Stimmungen. Ihnen verwandt ist das Schmatzen und Schnalzen mit der Zunge, das plötzliche Seufzen, Schnüffeln, Lachen, Hüsteln. Ferner aber beobachten wir, namentlich in den Lippenmuskeln, blitzartige oder rhythmische Zuckungen, die in keiner Weise mehr den Stempel von Willkürbewegungen tragen. Dasselbe gilt von dem bisweilen beim Sprechen auftretenden Vibriren der Mundmuskeln, das vollständig demjenigen der Paralytiker gleichen kann. Mehrfach bestanden bei unseren Kranken dauernd eigentümliche choreaartige Bewegungen, die ich am besten mit dem Ausdrucke „athetoide Ataxie“ kennzeichnen zu können glaube. In zwei Fällen gelang es, während eines Zustandes dumpfer Benommenheit deutliche aphasische Störungen nachzuweisen. Die Kranken waren ausser stande, die ihnen vorgelegten Gegenstände zu erkennen und zu benennen, obgleich sie sprechen konnten und sich offenbar die grösste Mühe gaben, die geforderte Auskunft zu geben. Wiederholt kamen nach langem Besinnen falsche Bezeichnungen zutage. Die Störung war nach wenigen Stunden wieder verschwunden.

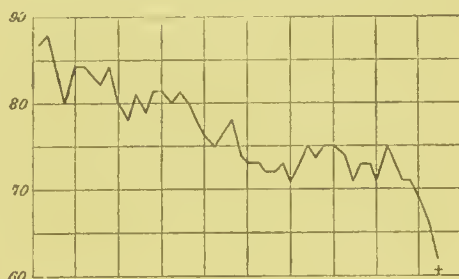
Die Sehnenreflexe sind regelmässig gesteigert, oft sogar sehr bedeutend; vielfach findet sich auch erhöhte mechanische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven, Auftreten von Muskelwülsten beim Beklopfen. Die Pupillen sind häufig auffallend weit, namentlich in den Aufregungszuständen; hie und da beobachtet man deutliche, aber wechselnde Pupillendifferenz, auch Bulbusunruhe. Veränderungen in der Pupillenreaktion, über die Sérieux berichtet, habe ich ebenfalls öfters gesehen, doch wage ich bei den Fehlerquellen derartiger Prüfungen keine bestimmten Angaben zu machen. Bumke fand neuerdings Fehlen der reflektorischen Erweiterung auf psychische und nervöse Reize sowie der durch das Wechselspiel der psychischen Vorgänge bedingten Pupillenunruhe. Die Schmerzempfindlichkeit scheint nicht selten herabgesetzt zu sein, wenn auch das Ausbleiben von Abwehrbewegungen durchaus nicht immer in diesem Sinne gedeutet werden darf. Verbreitet sind ferner vasomotorische Störungen, Cyanose, umschrie-

bene Ödeme, Dermatographie in allen Abstufungen, namentlich im Beginn von Stuporzuständen; in einzelnen Fällen besteht starkes Schwitzen. Die Speichelabsonderung ist vielfach vermehrt, meist nur vorübergehend, weit seltener dauernd; so konnte ich bei einem Kranken in 6 Stunden 375 ccm Speichel sammeln. Die Herztätigkeit ist grossen Schwankungen unterworfen, bald verlangsamt, häufiger etwas beschleunigt, oft auch schwach und unregelmässig. Die Körperwärme ist meist niedrig; einmal sah ich sie bis auf 33,8 heruntergehen. Die Menses pflegen auszubleiben oder unregelmässig zu werden.

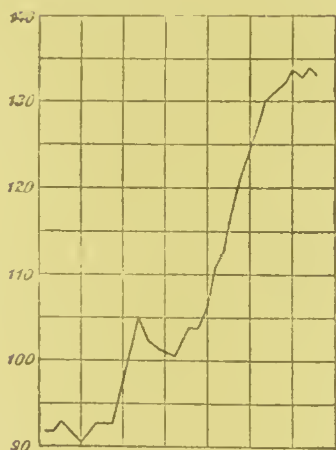
Sehr oft beobachtete ich diffuse Vergrösserungen der Schilddrüse, einige Male das Schwinden solcher Vergrösserungen unmittelbar vor dem ersten Auftreten der Krankheitserscheinungen, auch wiederholten raschen Wechsel im Umfang der Drüse während der Entwicklung des Leidens. In einzelnen Fällen waren Exophthalmus und Zittern vorhanden. Endlich fielen uns wie den Angehörigen der Kranken nicht selten myxödematöse Verdickungen der Haut ins Auge, namentlich im Gesichte. Leider sind diese Befunde bei der Häufigkeit cretinistischer Andeutungen bei uns zunächst nicht weiter zu verwerten. Sehr häufig schienen anaemische und chlorotische Zustände zu bestehen. Im Harne befand sich einmal Zucker; einmal bestand Polyurie.

Der Schlaf der Kranken ist während der ganzen Entwicklung des Leidens vielfach gestört, auch wenn sie ruhig daliegen. Die Nahrungsaufnahme schwankt von völliger Verweigerung bis zu stärkster Fressgier. Das Körpergewicht pflegt zunächst zu sinken, oft sehr beträchtlich, bis zur äussersten Abmagerung, auch trotz reichlichster Nahrungszufuhr. Späterhin sehen wir im Gegenteil das Gewicht nicht selten rasch ganz ausserordentlich ansteigen, so dass die Kranken in kurzer Zeit ein ungemein wohlgenährtes, gedunsenes Aussehen gewinnen. Von den hier wiedergegebenen Curven zeigt die erste den Gang des Körpergewichtes bei dem gewöhnlichen Verlaufe eines katatonischen Stupors mit Ausgang in Blödsinn mittleren Grades. Trotzdem nach dem Erwachen aus dem Stupor eine leichte Erregung einsetzte, nahm das Gewicht doch sehr stark zu. Die Figur VII wurde bei einer Kranken gewonnen, welche trotz sorgfältigster Pflege und reichlicher Nahrungsaufnahme ohne irgend eine Organerkrankung

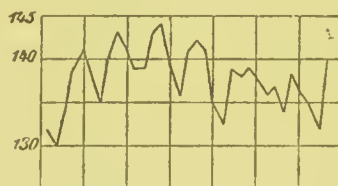
in hochgradigstem Marasmus zugrunde ging. Die Figur VIII endlich bietet bei einer beginnenden Katatonie eine Reihe von ziemlich regelmässigen Schwankungen dar, die jeweils mit einem Wechsel zwischen Stupor und grösserer Klarheit einhergingen. Später verwischte sich diese Regelmässigkeit, und es kam zu dauernder Verblödung. —



Figur VII.
Katatonie mit sehr starker Erregung. Tod in äusserstem Marasmus ohne Organerkrankung. Subnormale Temperaturen; reichliche Nahrungsaufnahme.



Figur VI.
Katatonie. Stupor, dann Verblödung mit leichter Erregung.



Figur VIII.
Katatonie. Wechsel zwischen Stupor und Klarheit.

Die klinische Einzeldarstellung des grossen Gebietes der Dementia praecox stösst auf erhebliche Schwierigkeiten, weil eine Abgrenzung der verschiedenen Krankheitsbilder nur künstlich durchführbar ist. Es gibt wohl eine ganze Reihe häufiger wiederkehrender Gestaltungen, aber zwischen ihnen liegen so zahlreiche Übergänge, dass es trotz aller Bemühungen heute unmöglich erscheint, jeden Fall einwandsfrei einer bestimmten Form zuzuweisen. Dennoch werden wir uns schwerlich vorstellen dürfen, dass die erdrückende Zahl von Fällen, die wir heute in den „grossen Topf“ der Dementia praecox einordnen, einem einheitlichen Krankheitsvorgange angehört. Uns fehlen nur noch vollständig die Gesichtspunkte, nach denen eine befriedigende Gruppierung des Stoffes erfolgen könnte. Da indessen unsere Kenntnis der gröbsten

klinischen Erfahrungstatsachen auf diesem Gebiete bisher noch eine recht oberflächliche ist, von einem tieferen ätiologischen, psychologischen oder anatomischen Verständnisse der Krankheit ganz zu schweigen, so liegt kein Grund zu der Annahme vor, dass es überhaupt unmöglich sei, das Gewirr der Beobachtungen in eine grössere oder kleinere Anzahl gut umgrenzter Krankheitsformen aufzulösen und dann den nur der vorläufigen Verständigung dienenden, viel angefochtenen und gewiss sehr anfechtbaren Sammelnamen der Dementia praecox fallen zu lassen. Einen der Wege, die dahin führen könnten, werden wir später anzudeuten haben. So lange uns jedoch die Grundlagen für die Errichtung eines besseren Lehrgebäudes fehlen, sei es mir gestattet, an der bisher gebräuchlichen Gruppierung festzuhalten, die nur übersichtlich sein will, auf selbständigen klinischen Wert aber keinen Anspruch erhebt.

Hebephrenische Formen. Die erste genauere und in ihrer Art geradezu mustergültige Schilderung gewisser Formen der Dementia praecox verdanken wir Hecker*), der 1871 im Anschlusse an Kahlbaums Aufstellungen unter dem Namen der Hebephrenie solche Fälle beschrieb, bei denen sich nach einem melancholischen Eingangsstadium ein solches der Manie entwickelt, um rasch in einen ganz eigenartigen Schwachsinnszustand auszugehen. Als Hebephrenie in diesem Sinne würde somit nur ein kleiner Teil der hier in der Dementia praecox vereinigten Beobachtungen zu bezeichnen sein. Daraszkiewicz**) hat dann den Begriff der Hebephrenie dahin erweitert, dass er auch die „schweren Formen" umschliesst, welche zu tiefem Blödsinn führen. Da diese Ausdehnung der Bezeichnung sich einzubürgern scheint, wollen auch wir hier als Hebephrenie ganz allgemein diejenigen Formen der Dementia praecox zusammenfassen, bei denen sich allmählich oder unter den Erscheinungen einer subakuten, seltener akuten Geistesstörung ein einfacher, mehr oder weniger hochgradiger geistiger Schwächezustand herausbildet.

*) Hecker, Virchows Archiv LII, 394.

**) Daraszkiewicz, Über Hebephrenie, insbesondere deren schwere Form. Diss. Dorpat, 1892.

Die Hebephrenie ist, wie schon der Name des „Jugendirreseins“ andeutet, im allgemeinen eine Erkrankung der früheren Lebensalter, besonders der Entwicklungsjahre. Oft genug lassen sich die ersten Spuren des Leidens bis in das 16., 14., 12. Lebensjahr zurückverfolgen, ja es sprechen so manche Erfahrungen dafür, dass vielleicht auch gewisse in früher Kindheit entstehende psychische Schwächezustände als Erscheinungsformen desselben Krankheitsvorganges angesehen werden dürfen. Die hebephrenische Umwälzung kann sich so unmerklich und unter so unbestimmten Anzeichen vollziehen, dass der eigentliche Beginn derselben sich nachträglich gar nicht mehr feststellen lässt. Viele dieser Kranken kommen überhaupt nicht in die Behandlung des Irrenarztes, da die Veränderung von der Umgebung nicht als eine eigentlich krankhafte, sondern nur als das Ergebnis einer unglücklichen Entwicklung, vielleicht sogar auch einer Verschuldung durch Charakterfehler betrachtet wird. Es handelt sich dabei um ein allmähliches Versagen der bis dahin in gewohnter Weise fortschreitenden psychischen Leistungsfähigkeit, um das Verkümmern einer psychischen Persönlichkeit von einem bestimmten Zeitpunkte ab.

Vielleicht ist an dieser Stelle eine kleine Gruppe von Fällen einzureihen, die durch die allmähliche Entwicklung einer einfachen hypochondrischen Verblödung gekennzeichnet sind. Im Vordergrunde steht dabei das immer stärker hervortretende Gefühl der geistigen und körperlichen Unfähigkeit mit allerlei krankhaften Empfindungen, das die Kranken nach und nach dauernd auf jede Tätigkeit verzichten lässt. Zugleich werden sie gemütlich stumpf, teilnahmlos, schlaff, ohne Sinnestäuschungen oder ausgeprägte Wahnbildungen.

In der Regel jedoch kündigt sich das herannahende Leiden durch auffälligere Störungen an, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Schwindelgefühl und eine durchgreifende Veränderung im Wesen des Kranken. Er wird still, in sich gekehrt, verstört, scheu, verschlossen, wortkarg, zeitweise auch wohl reizbar und grob, störrisch, rechthaberisch oder grundlos heiter und ausgelassen. Die Arbeit geht ihm nicht mehr von der Hand; in seinen Obliegenheiten ist er nachlässig, gedankenlos, zerstreut, vergesslich, kümmert sich nicht darum, ob etwas fertig wird oder nicht, sondern

sitzt untätig, brütend in den Ecken herum, starrt teilnahmlos vor sich hin, legt sich einige Tage ins Bett. Andere Kranke zeigen eine gewisse innere Unruhe und Unstetigkeit, halten es nirgends lange aus, treiben sich planlos herum, laufen ohne bestimmtes Ziel davon, auch in der Nacht, reisen aufs geratewohl und ohne Geld in die Welt hinein. Bisweilen lässt der Zustand im Beginne deutliche Schwankungen erkennen, Wechsel zwischen besseren und schlechteren Zeiten. Auch ein Verlauf in Schüben kommt vor, leichte, sich nach kürzerer oder längerer Zeit wiederholende und nun schwerer werdende, wieder schwindende Depressionszustände oder ein Wechsel zwischen Zeiten von Niedergeschlagenheit und Ausgelassenheit, der die Entwicklung eines manisch-depressiven Irreseins vortäuschen kann. Bei Frauen werden mitunter längere Zeit vor der Entwicklung der Krankheit leichte Erregungszustände während der Menses beobachtet.

Etwas seltener kennzeichnet sich der Beginn der Krankheit durch eine ausgeprägte traurige Verstimmung. Die Kranken werden niedergeschlagen, mutlos, ängstlich, misstrauisch, haben Heimweh, ziehen sich zurück, starren vor sich hin, tragen sich mit Todesgedanken, machen plötzlich einen Selbstmordversuch, öfters in ganz absonderlicher Form; eine meiner Kranken übergoss sich mit Petroleum und zündete sich an. Dazu gesellen sich überaus häufig hypochondrische Vorstellungen. Die Kranken haben das Gefühl einer Veränderung, die sich mit ihnen vollzogen hat, klagen über Schwäche, Verdauungsbeschwerden, Arbeitsunfähigkeit, Nervosität, Aufsteigen des Samens im Rückenmark, lesen medizinische Bücher, führen ihr Leiden auf Onanie zurück, versuchen allerlei Kuren. Einer meiner Kranken vertiefte sich in die Schriften: „Wie werde ich energisch?“ und „Anleitung zu imponierendem Auftreten“, trieb eifrig Heilgymnastik und sah jeden Tag planmässig so lange wie möglich in die Sonne, um dadurch seine Gesundheit zu verbessern. In der Regel besteht auch ein gewisses Misstrauen gegen die Umgebung, das Gefühl, beobachtet, zurückgesetzt, schlecht behandelt, verspottet zu werden. Überall ist dabei die gemütliche Stumpfheit auffallend, mit der die krankhaften Vorstellungen geäussert und verteidigt werden.

Auf dieser Stufe der Entwicklung bleibt das Krankheitsbild in zahlreichen Fällen stehen. Bei schwerem Verlaufe dagegen pflegen

nunmehr Sinnestäuschungen hervorzutreten. In der Nacht erscheint Gott und Christus, eine feurige Gestalt, ein Kreuz an der Wand; Engel schweben durch das Zimmer; Mäuse, Ameisen, Teufelchen huschen auf dem Bette herum. Die Augen werden mit Spiegeln geblendet; in den Sternbildern erscheint das Deutsche Reichswappen; schwarze Totenvögel fliegen vorbei. Vor den Ohren ertönen Zwitschern, Klingen, Brausen und Surren, Gepolter, Musik, „Murmelei und naturgemässe Geisterstimmen", flüsternde Stimmen von der ganzen Menschheit. Der Edison-Phonograph spricht; Beschuldigungen und Drohungen werden ausgestossen („die isst und arbeitet nichts"; „die Haut wird abgezogen"; „die kommt in die Irrenanstalt"; „für Sie ist viel zu bitten"); die eigenen Gedanken werden laut und für Alle vernehmbar, von der Umgebung besprochen und durchgehechelt. Es riecht nach Schwefel; abscheuliche Dünste werden in das Zimmer gelassen; die Speisen schmecken nach Gift und Unrat; das Bett schwebt. In den Genitalien spricht es; im Rückenmark zieht es; der Körper erscheint verdoppelt.

Einen ausgezeichneten Einblick in diese Entwicklung gewähren die folgenden Sätze aus der Selbstschilderung eines ganz akut erkrankten und rasch schwachsinnig gewordenen jungen Musikers; dieselbe wurde 5 Wochen nach Beginn des Leidens aus eigenem Antriebe von ihm niedergeschrieben:

„In der folgenden Nacht wurde ich elektrisiert. Ich schliesse das daraus, dass ich am folgenden Morgen ganz eigentümliche Schmerzen und Zuckungen verspürte und mir vor einigen Tagen durch einen elektrischen Apparat, der mir alle möglichen Stimmungen und Gedanken eingegeben hat, und vermittelst dessen jeder Gedanke verstanden wird, zugerufen wurde: ‚Wir haben Sie elektrisiert' . . . Da man in meiner Person einen grossen Verbrecher oder gar einen Anarchisten (!) vermutete, wurde ich mehrmals auf mein Gewissen mit den grössten Schmerzen elektrisch untersucht. Ich habe seit diesem Tage entsetzliche Mord- und Räubergeschichten in meinem Kopfe, die, zumal ich weiss, dass der Apparat immer noch an mir arbeitet, absolut nicht zu bekämpfen sind . . Hätte ich geahnt, dass ich so lange geplagt würde, so hätte ich schon vom ersten Tage an diese ganz merkwürdige Tortur aufgeschrieben; jetzt kann ich mich leider nur noch an weniges erinnern. Ich notiere mir dies alles, weil ich jetzt furchtbar unglücklich bin. Ich fühle, dass ich durch den Apparat geistig immer mehr aufgerieben werde, und habe des öfteren schon gebeten, dass die Leitung abgestellt und mir mein natürliches Denken zurückgegeben wird, da auf absehbare Zeit sonst leicht eine Katastrophe eintreten könnte. Es kam mir übrigens so vor, als ob Papa und Mama die ersten Tage auch elektrisiert wurden, was ich an den Bewegungen und dem Gesichtsausdruck

meiner Eltern bei meinen oftmals schrecklichen Gedanken sehr deutlich erkannte . . . Ich muss hier noch einen Punkt erwähnen, der mich so recht begreifen liess, dass der Apparat noch funktioniert. Es sind dies die entsetzlichen Gerüche, die mir, ich weiss nicht wie, zeitweise übermittelt wurden. Als mich der Arzt untersuchte, strömten auch solche Pestgerüche aus, dass der Herr Dr. entsetzt zurückwich . . . Eines Abends wurde mir durch den Apparat zugerufen: ‚Wir vermuten in Ihnen den Mörder der Kaiserin von Österreich (!!!)‘ . . Mir wurde auf elektrischem Wege eingegeben, dass ich L. ermorden wolle; als ich darüber einige Zeit sprachlos war, wurde mir durch den Apparat zurückgerufen: ‚Sie haben Sich stark blamiert‘ . . . Als ich hierauf fürchterliche Schmerzen auszustehen hatte — der elektrische Strom ging, wie schon früher, durch meinen ganzen Körper — wurde mir zugerufen: ‚Sie werden jetzt gelyncht (!!)‘ . . Namentlich das letzte Wort (Anarchist) wurde mir einige Minuten lang förmlich um den Kopf gewunden . . . Wie meine Gedanken alle so genau verstanden werden und mir ganze Sätze durch den Apparat zurückgerufen werden — es ist dies Tatsache, dass ich bestimmt weiss, dass dies zum allergrössten Teile nicht meine eigenen Gedanken sind — ist mir ein grosses Rätsel. Es muss dies ein ganz komplizierter Apparat sein, der mich selbst in jede beliebige Gemütsstimmung wie ernst, heiter, Lachen, Weinen, grimmig, humoristisch — verschiedene Male war es auch auf Galgenhumor eingestellt, das ich sehr wohl begriffen habe — liebenswürdig, griesgrämig, energisch, zerstreut (sehr häufig angewendet), aufmerksam, Verweilen der Gedanken auf einem Punkte bis zur Bewusstlosigkeit, ja selbst verrückt — ich erinnere mich eines Abends, wo ich tatsächlich nicht wusste, was ich dachte — melancholisch, verwirrt u. s. w. versetzt hat. Der ganz merkwürdige Apparat ist auch im Stande, mir plötzlich Schlaf zu geben, den Schlaf abzuhalten, in mir Träume zu entwickeln, mich zu jeder Zeit aufzuwecken, mich bei grösserer Anspannung des elektrischen Stromes (oder wie dies geht) auf jeden beliebigen Gedanken wie auch auf einen bestimmten Punkt zu führen, ferner die Gedanken abzulenken, ja selbst jede beliebige Bewegung mir einzugeben. Mein Geist ist dermassen erregt, und kommen mir hauptsächlich beim Erwachen in der Frühe die unglaublichsten Gedanken . . . Ich versuche sie mit äusserster Energie zu bekämpfen; es geht aber beim besten Willen nicht, so lange der Apparat tätig ist und ich mich immer an denselben erinnern muss, da mir ausserdem die Gedanken geradezu herausgezogen werden. Auch beim Lesen, sei es, was es wolle, kann ich dem Inhalt des Buches keine genügende Aufmerksamkeit schenken und kommt mir fast bei jedem Wort ein Nebengedanke . . . Ich möchte noch einen Punkt festhalten; es ist das ein so übertriebenes Lachen, das mich schon öfters, wenn auch nicht gequält, so doch ganz eigentümlich berührt hat, und das ich fast gar nicht bekämpfen konnte. Dieses Lachen, das durchaus nicht schmerzlich ist, wurde mir dann übermittelt, wenn ich gerade was besonders Dummes dachte. Wenn man dies alles liest, scheint es der grösste Blödsinn zu sein, der jemals niedergeschrieben wurde; ich kann indess nichts weiter mitteilen, dass ich dies alles tatsächlich empfunden, leider aber nicht verstanden habe. Es wird dies wohl nur derjenige begreifen, der mittelst eines solchen Apparates ebenso wie ich

schon gequält wurde; weitere Auskunft darüber wird wohl nur ein Sachverständiger geben können."

Wie hier schon angedeutet, tauchen nun auch ausgeprägte Wahnvorstellungen auf, die zuweilen ganz in den Vordergrund des Krankheitsbildes treten. Zunächst pflegen dieselben mehr traurigen Inhalts zu sein. Der Kranke ist an allem schuld, ein grosser Sünder, Mörder und Vaterlandsverräter, hat vor Gericht falsch ausgesagt, Selbstbefleckung getrieben, kommt nicht in den Himmel; er ist verdammt, dem Bösen verfallen, wird gerichtet für Zeit und Ewigkeit, verdient den Feuertod; ihm ist, „als ob der Teufel nach ihm langen wollte". Er wird fixiert, verschwätzt, verhext, soll umgebracht, zum Spion erklärt, in eine Grube mit Kröten und Glasscherben geworfen, „englisiert" werden. Die ihn besuchenden Angehörigen waren nicht die richtigen, nachgemacht. Man gibt ihm Gift ins Essen, Moschuswasser, „Schuhnägelsaft und Pottasche", nimmt ihm sein Blut, bringt ihm Dreck unter die Haare, verschändet sein Gesicht, macht ihm seine Gedanken, beeinflusst künstlich seine Handlungen, gibt ihm die Worte ein. Der Samen wird ihm abgetrieben, die Natur ins Gesicht geworfen. Frauen sehen sich von Herren verfolgt, werden in der Nacht chloroformiert und entehrt, ihrer Mutterorgane beraubt, „naturlos gemacht", fühlen Schwangerschaft und Entbindung. Der Leib zerschmilzt; die Gelenke krachen; die Füsse zerbrechen; das Blut cirkuliert nicht; inwendig ist alles verbrannt und verfault; alles trocknet ein. Der Kranke hat keinen Magen und keine Gedärme mehr, einen Glasdiamant, ein Wespennest, einen Kirchturm in der Brust, fühlt 1000 Puppen in sich herunterrutschen.

Späterhin gewinnen vielfach Grössenideen die Oberhand, in einzelnen Fällen schon von Anfang an. Der Kranke hat vom Schah von Persien eine grosse Erbschaft gemacht, viel Geld zu fordern, eine ganze Stube voll Gold, stammt vom deutschen Kaiser ab, ist der grösste in Deutschland, König von Ungarn, Sohn Gottes, Adam, von Fürsten und Kaisern umgeben. Er ist von Gott gesandt, spricht mit ihm, hat einen höheren Beruf, soll die Menschheit erlösen, will zur grossen Armee, Pfarrer, Schauspieler werden, hat 22 Frauen, verkehrt nachts mit der Jungfrau Maria, besitzt die Schlüssel zur Hölle. Weibliche Kranke sind mit hohen Personen verlobt, Tochter des Kaisers, Engel, Himmelskönigin,

wollen Prinzessin werden, bekommen goldgestickte Kleider; allnächtlich finden „göttlich-geistliche Begattungen“ statt.

Vielfach werden hier geradezu die Erlebnisse des Traumes zu Wahnbildungen verwertet, oder es kommt zu einem ganz abenteuerlichen Fabulieren. Der Kranke ist im Himmel gewesen, von einer Hexe entführt worden, seit Erschaffung der Welt da, stammt aus dem Lande Hiob, war schon früher auf dem Kaiserthron, vor Jahrhunderten Militärarzt in Amerika, meint, er sei „ein Nordlicht“ oder „der Berg Horeb“, gehört „zum Komet“, faselt vom „Papstneuner“, vom „Dolchmesser mit Hochzeitszettel“, vom „sozialdemokratischen Jagdstock“ u. s. f. In der ganzen Welt ist Krieg; Deutschland ist abgebrannt; es ist in dem Jahr nicht Ostern gewesen; der Blitzstrahl kommt. Auch unsinnige Eifersuchtsideen sind nicht selten. Regelmässig aber treten diese anfangs vielleicht in grosser Üppigkeit erzeugten Faseleien nach einiger Zeit wieder in den Hintergrund. Sie wechseln, werden immer dürftiger und schwinden schliesslich ganz oder bis auf einzelne kümmerliche, zusammenhangslose Reste, die nur selten, auf ausdrückliches Befragen oder in der Erregung noch einmal vorgebracht werden.

Vielfach tritt, wie in der obigen Selbstschilderung, ein deutliches, wenn auch krankhaft verfälschtes Krankheitsbewusstsein hervor. Im Kopfe ist es kurios, leer; der Verstand ist verloren gegangen; Vernunft und Verstand und Sinn sind zum Hirn hinausgefahren; die Gedanken sind fortgeflossen. „Der Dummkopf ist verwirrt“, kann nicht mehr denken, nicht zu seinem Willen kommen, leidet an Gehirnerweichung; das Gedächtnis hat abgenommen. Der Kranke ist verrückt, nicht mehr wie er gewesen ist; sein Leben ist nichts wert; ihm kann niemand helfen. Späterhin pflegt dieses Krankheitsgefühl zu verschwinden oder doch nur in ganz abenteuerlichen Formen fortzubestehen, namentlich in Verbindung mit Verfolgungsideen, dem Wahne, dass durch feindliche Einwirkungen der ganze Körper kaput gemacht, die Natur geschwächt, das Hirn ausgezogen worden sei.

Die Besonnenheit, Orientierung und Ordnung der Gedanken pflegt bei den sich allmählich entwickelnden Formen dauernd annähernd erhalten zu bleiben, während in den akuten Krankheitszuständen zeitweise Unklarheit und Verwirrtheit ein-

treten kann. Alles erscheint dem Kranken wie umgewandelt; seine Gedanken verwirren sich; er verkennt die Personen, fühlt sich „von Heimtückerevolution umgeben“, ist „wie geistesabwesend“, weiss nicht, wo er sich befindet, führt unverständliche und zusammenhangslose Reden mit verschrobenen Ausdrücken und Wortneubildungen, schreibt sinnlose Briefe. Das Gedächtnis ist in der Regel verhältnismässig wenig gestört. Die Erinnerung an Erlebnisse, die zeitliche Ordnung derselben, die Schulkenntnisse haften leidlich gut; erst im weiteren Verlaufe der Krankheit kommt es allmählich zu einer fortschreitenden Verödung des Vorstellungsschatzes. Die Merkfähigkeit ist erhalten, aber der Kranke macht keinen Gebrauch davon, weil er gar kein Bedürfnis dazu hat, sich irgend etwas einzuprägen. Dieser Untergang der geistigen Regsamkeit, des eigenen Antriebes zum Denken und Beobachten ist vielleicht die wichtigste Ursache dafür, dass nicht nur keine neuen Erfahrungen mehr gesammelt werden, sondern auch die alten mehr und mehr versinken, weil sie niemals aufgefrischt und ins Gedächtnis zurückgerufen werden. So kommt es, dass ein zufälliger Anlass bei dem Kranken bisweilen noch eine ganze Menge von Vorstellungen wachrufen kann, die längst verloren schienen und jedenfalls von ihm nicht mehr beherrscht wurden.

Weit rascher und tiefgreifender, als die Schädigung des Gedächtnisses durch die Krankheit, ist diejenige des Verstandes. Soweit sich das Denken in eingelernten Bahnen bewegt, fällt diese Störung vielleicht nicht so sehr in die Augen, aber sie wird deutlich in der Dürftigkeit und Einförmigkeit der Gedankengänge, in den unsinnigen und zerfahrenen Wahnbildungen, die in aller Ruhe von den besonnenen Kranken geäussert werden, in der Unfähigkeit, geistige Arbeit zu leisten, zu überlegen, Widersprüche zu erkennen, sich in neuen Lebenslagen zurechtzufinden, endlich in der Unvernünftigkeit und Kopflosigkeit ihres Handelns. So sehen wir öfters die Kranken wohl noch über den Büchern sitzen, aber sie begreifen nichts mehr, begehen die gröbsten Schnitzer, sind gänzlich ausser stande, Aufgaben fortzuführen, die ihnen früher gar keine Schwierigkeiten boten.

Den Grundton der Stimmung bildet im allgemeinen die gemütliche Stumpfheit und Gleichgültigkeit. Gleichwohl stellen sich namentlich in der ersten Zeit vielfach lebhaftere Schwankungen

des gemütlichen Gleichgewichtes ein, die sich durch die Plötzlichkeit ihres Auftretens wie durch ihre Unabhängigkeit von äusseren Anlässen oder Vorstellungen auszeichnen. Am häufigsten sind Niedergeschlagenheit, Angst, Verzagtheit, Verdriesslichkeit, Reizbarkeit, die bisweilen mit gehobenem Selbstgefühl und ausgelassener Heiterkeit unvermittelt wechseln. Sehr gewöhnlich machen sich bei den Kranken auch geschlechtliche Gefühle stark bemerkbar; sie sehnen sich nach Liebe, möchten die ganze Welt umarmen, masturbieren, fordern zum Coitus auf. Vielfach leitet sich die Krankheit mit dem Auftauchen lebhafter religiöser Anwandlungen ein; die Kranken beten, lesen viel in frommen Büchern, beichten, nehmen das Abendmahl, reden in Bibelsprüchen, wollen ins Kloster gehen, sich der Krankenpflege widmen. Späterhin treten die Gefühlsbetonungen immer mehr zurück; selbst die ungeheuerlichsten Grössen- und Kleinheitsvorstellungen werden gleichmütig und ohne innere Bewegung vorgebracht. Der Kranke macht sich keine Gedanken über seinen Zustand, über seine Lage, nimmt alles ruhig hin, fügt sich ohne Schwierigkeit in die getroffenen Anordnungen; die Besuche der nächsten Angehörigen, die Erinnerungen an die frühere Tätigkeit wirken nicht mehr auf ihn ein. Ohne Sorgen für die Zukunft, ohne Langeweile, ohne klaren Wunsch und ohne bestimmten Plan lebt er unbekümmert in den Tag hinein, bald mehr teilnahmlos und gleichgültig, bald in unbestimmter, hoffnungsfroher Erwartung irgend eines zukünftigen Glückes.

Im Handeln der Kranken macht sich entweder eine grosse Trägheit und Schwerfälligkeit oder ein eigentümlich kindischer, läppischer Zug bemerkbar, als Folge der Disharmonie zwischen Überlegung, Stimmung und Antrieben. Ihr Wollen ist haltlos, unselbständig, in einem Augenblicke unsinnig hartköpfig, im nächsten ohne weiteres lenksam und bestimmbar. Sie vernachlässigen ihr Äusseres, leben unregelmässig, beschränken sich auf bestimmte Speisen, verlegen wichtige Gegenstände, vergessen ihre Pflichten und erweisen sich als gänzlich unfähig zu andauernder und selbständiger Tätigkeit. Bisweilen taucht in ihnen unvermittelt der Plan auf, einen höheren, namentlich künstlerischen Beruf zu ergreifen. Einer meiner Kranken, der niemals musikalische Neigungen gezeigt hatte, fühlte sich plötzlich berufen, Theorie der Musik zu studieren; ein anderer wollte Dichter werden und berei-

tete sich durch Abschreiben aus Göthe und Schiller darauf vor. Wegen der unausbleiblichen Misserfolge wechseln die Kranken vielfach ihre Stellung, werden überall fortgeschickt, gemassregelt, geraten in schlechte Gesellschaft, trinken, vertun ihr Geld, machen planlose Reisen, selbst bis nach Amerika, verbummeln, sinken zu Landstreichern und Bettlern herab, kehren abgerissen und verwahrlost nach Hause zurück, bis endlich die Krankhaftigkeit ihres Zustandes erkannt wird.

Vielfach begehen sie allerlei törichte, unbegreifliche Handlungen, legen Feuer an, suchen Leichen auszugraben, predigen, läuten die Glocken, verkriechen sich, baden in den Kleidern, küssen den Fussboden, entkleiden sich auf der Strasse, legen sich in Kreuzesform an die Erde, schreiben wildfremden Personen Liebesbriefe. Ein Kranker ging in vornehme Häuser und machte den Damen geschlechtliche Anträge, weil er durch Stimmen davon in Kenntnis gesetzt worden war, dass er als „Beschäler" dienen solle. Ein anderer, der es mit vieler Mühe zum Volksschullehrer gebracht hatte, zeigte sich bei seiner Anstellung plötzlich ganz unfähig, Schule zu halten, spielte statt des Unterrichts mit den Schulkindern Fangens, legte sich im Viehstall „aus Mutwillen" in eine Krippe, steckte den Kopf in den Brunnen, weil er wegen seiner grossen Sünden recht gut noch eine Taufe brauchen könne. Ein Briefträger, der bis dahin noch mit Unterbrechungen Dienst getan hatte, unterschrieb eines Tages ein amtliches Schriftstück als „Generalfeldmarschall", verlangte Helm und Generalsuniform, bezeichnete sich als den Sohn Kaiser Wilhelms und erkannte an den Fingernägeln seines Vorgesetzten, dass derselbe sein Bruder sei. Wieder ein anderer Kranker machte plötzlich ohne irgend einen Grund den Versuch, seine eigene Schwester zu erstechen, weil ihm „der Gedanke dazu kam". Bei Soldaten kommt es zu Verstössen gegen die Mannszucht, unverbesserlichem Lachen im Gliede, Fahnenflucht. Weibliche Kranke fallen der Prostitution anheim, geben sich dem ersten Besten geschlechtlich preis, lassen sich von ganz jungen Burschen an der Landstrasse missbrauchen. Vielfach werden Andeutungen katatonischer Eigentümlichkeiten beobachtet, Gesichterschneiden, Manieren beim Essen und Handgeben, Wegnehmen fremden Essens, Verkriechen in fremde Betten, Speicheln, Grunzen, rhythmisches

Wischen und Wiegen, Zupfen an Kleidern und Fingern, Katalepsie, Echolalie und Echopraxie, ferner hysteriforme Anfälle, plötzliche „Gliedererstarrung", einförmiges Schreien, Ohnmachten mit Verdrehen der Augen, Atem- und Lachkrämpfe.

Gerade das auch in unserer Selbstschilderung erwähnte, gegenstandslose Lachen, welches sich bei jeder Unterredung ohne den geringsten Anlass ungezählte Male wiederholen kann, ist eine der auffallendsten Begleiterscheinungen der Dementia praecox. Demselben liegt keineswegs eine heitere Stimmung zu grunde; im Gegenteile erfährt man oft genug von den Kranken, dass „das Lachfieber" zwangsmässig über sie kommt, selbst gegen ihren Willen. Bisweilen führen die Kranken flüsternde und laute Selbstgespräche oder müssen „Unverständiges mit sich selber reden", wie mir ein Kranker sagte, schimpfen sich selbst in den stärksten Ausdrücken, ohrfeigen sich links und rechts; dabei sind sie meist unzugänglich für Ausfragen, geben wenig oder gar keine Auskunft über ihren Zustand. Im übrigen begegnen uns auf dem Gebiete der sprachlichen Äusserungen gezierte Redeweise, gekünsteltes Aufsagen, häufige Anwendung von Verkleinerungssilben, Totreiten bestimmter Moderedensarten, altbackener Witze, Reimereien, absichtliche Verdrehung der Wörter, gesuchtes Lispeln, Einmischung ungewöhnlicher, mundartlicher oder fremdsprachiger Ausdrücke und Sätze, Andeutungen von Sprachverwirrtheit. Manche dieser Eigentümlichkeiten pflegen noch deutlicher in den Schriftstücken der Kranken hervorzutreten. Dazu kommt eine gewisse nachlässige Zusammenhangslosigkeit im Gedankengange, mehrfacher Wechsel der Konstruktion in lang ausgesponnenen Satzbildungen, Vermengung verschiedenartiger Bilder, unvermitteltes Einstreuen plötzlicher Einfälle, gereimter Ergüsse, oft auch eine liederliche äussere Form, ungleichmässige Handschrift, Verschnörkelungen einzelner Buchstaben, Unterstreichungen, Mangel oder Überfluss an Ausdruckszeichen, einförmiger, oft wörtlich sich wiederholender Inhalt. Ein Beispiel dafür gibt das folgende Bruchstück eines von einem Abiturienten geschriebenen Briefes, das die Einleitung zu der hierneben wiedergegebenen Schriftprobe II bildet:

„Als Du am 19. Mai ds. Jahrs, nämlich eines schönen Sonntag Nachmittags, Dir den Plan konstruiertest, mich pr. Bahn in der Irrenklinik zu H.

pr. Adresse Herrn Dr. Prof. K., Littera Vossstrasse Nr. 4, mit Deinem werten Besuche zu beehren, so meintest Du vielleicht damals, Deinem lieben, braven Sohne einen besonderen Gefallen zu erweisen, ihn in der Anstalt zu besuchen! — Oder nicht?! — Wenn ich ferner die vielen Ungerechtigkeiten und Schimpfwörter nochmals rekapituliere, welche ich meiner lb. Mama an den Kopf

Schriftprobe II. Brief eines Hebephrenen.

warf, so glaube ich doch nicht umhin zu können, eingestehen zu müssen, dass ich lieber zuerst einen Besuch von mütterlicher Seite erwartet haben würde. Gesetzt nämlich den Fall, dass oben Erwähnte nicht nur krank hätte gewesen sein sollen, sondern es tatsächlich gewesen wäre, so hätte meine Wenigkeit in Ihrem Falle einen Besuch bei Ihrem Erstgeborenen zuerst Ihr dringend angeraten! Nun — da glücklicherweise mein 22 jähriger Geburtstag mit Christi Himmelfahrt zusammen fiel, wie es Gott und das Geschick, aber im Irrenhaus, haben wollte, so bereitete mir der persönliche Besuch meiner Mutter zwar eine grosse momentane Freude, zumal da dieselbe aus mütterlicher Liebe mir noch einen Kuchen mitzubringen und eine silberne Kette zu versprechen, die Ehre und Gefälligkeit mir erwies, aber immerhin ein sichtlicher Trost wollte und konnte Ihr Besuch für mich nicht sein, aus dem alten Grunde, nämlich Unzufriedenheit meines Vaters mit meinem häuslichen Fleisse, Gewissenhaftigkeit betreffend! Ferner danke ich auch aus ganzem und vollem Herzen für die schöne Künstlerkarte mit der besonderen Unterschrift Familie G. Aber halt! Wer soll denn die Familie G. in diesem Falle sein, wenn ihr Hauptmitglied im Narrenhause hockt?“ u. s. w.

Die Flachheit des Inhaltes, die Verständnislosigkeit, die Geschraubtheit der Ausdrucksweise, die Zerfahrenheit des Gedankenganges zeigen ebenso wie die unsaubere und kaum entzifferbare äussere Form der hier sich anschliessenden Schriftprobe die tiefgreifende, mit seinem Bildungsgange in schroffem Widerspruche stehende geistige Unfähigkeit des ursprünglich sehr gut veranlagten Kranken. Ein anderer, nunmehr faselig verblödeter Kranker machte einer verheirateten Frau in einem längeren Schreiben aus dem „Narrenhause H.“ eine deutsche, englische, französische und griechische Liebeserklärung mit der Versicherung, dass er seinem gepressten Herzen Luft machen und auseinandersetzen müsse, was er nicht länger für sich allein behalten dürfe, ohne befürchten zu müssen, dass er einen Herzschlag bekomme oder seine Sinne eine andere Richtung einschlügen, als die, welche die Natur ihnen vorgezeichnet habe. Ein junger Theologe verfasste das folgende Gedicht, in welchem die Gedankenleere des Wortgeklingels wie der Verlust des künstlerischen Gefühls sehr deutlich zum Ausdrucke kommt:

Ferner Länder Städte hab' ich viel gesehen.
Wunderbar gebaut und riesengross,
Und es herrschte drin ein eigenartig Wehen,
Barg manch' süss Geheimnis in dem Schoss.
Und die Rätsel blieben ungelöst,
Hätte nicht die Liebste heimlich mir verraten,
Was uns anzieht, was uns von sich stösst.
Und dies alles bei dem besten Wein und Braten.

Die Nahrungsaufnahme der Kranken ist häufig unregelmässig, namentlich in den Zeiten der Verstimmung oder Erregung; sie essen nicht, weil sie nicht dürfen, oder weil Gott es so haben will. Später stellt sich öfters grosse Gefrässigkeit ein. Auch der Schlaf ist vielfach gestört. Das Körpergewicht pflegt im Anfange zu sinken, steigt aber später mit dem Fortschreiten der Verblödung bisweilen sehr stark, so dass die Kranken unter Entwicklung bedeutender Esslust ein ungemein blühendes Aussehen gewinnen. Der hie und da beobachteten Abweichungen an den Pupillen, der häufigen Steigerung der Sehnenreflexe und der erhöhten mechanischen Erregbarkeit von Nerven und Muskeln, endlich der vasomotorischen und Herzinnervationsstörungen, die wir hier wie bei den katatonischen Formen antreffen, wurde bereits früher gedacht.

Der Verlauf der Krankheit zeigt in der Regel allerlei Schwankungen. Auf die lebhafteren Zeiten der ersten Entwicklung pflegt, namentlich bei geeigneter Behandlung, eine gewisse Besserung zu folgen, die entweder einen bleibenden, gleichmässigen Zustand mehr oder weniger hochgradiger psychischer Schwäche herbeiführt oder durch wiederholte Nachschübe der Krankheit unterbrochen wird. Nicht selten kommt es gelegentlich zur Entwicklung ausgeprägter Erregungszustände. Dieselben können sich im Rahmen heiterer Ausgelassenheit mit Gesprächigkeit, hanswurstartiger Unruhe, unbändigem Lachen und Kichern, Neigung zu Ausschreitungen, geschlechtlichen Unarten, läppischen Streichen und planlosem Herumtreiben halten. In anderen Fällen dagegen tritt tiefe Verworrenheit mit triebartiger motorischer Erregung auf, anhaltendes Schreien und Toben, Tanzen und Singen bis zur Erschöpfung, Schmieren, Zerstören, Gewalttätigkeit. Meist sind solche Zustände nicht von sehr langer Dauer, können sich aber öfters ganz plötzlich, ohne erkennbaren Anlass wiederholen.

Den Ausgang der Krankheit bildet in der Regel ein Schwachsinn, der sich rascher oder langsamer entwickeln, namentlich aber sehr verschiedene Grade darbieten kann. Von den Fällen, die in die Irrenanstalten gelangen, scheinen etwa 75% die höheren Stufen der Verblödung zu erreichen. Die Kranken versinken allmählich mehr und mehr, werden stumpf, teilnahmlos und ver-

lieren jedes Verständnis für ihre Umgebung. Vielfach sind sie unsauber beim Essen, schlingen gierig, verschütten, schmieren mit den Speisen herum; sie verunreinigen sich, halten Kot und Urin zurück, lassen den Speichel über ihre Kleider fliessen. Jede eigene Willensregung kann schliesslich erlöschen; sie bleiben stehen oder sitzen, wo sie sich gerade befinden, stumm und träge, höchstens zeitweise blöde vor sich hinlächelnd oder auch wohl einmal leise einige unsinnige Worte oder Sätze murmelnd; sie müssen dann an- und ausgekleidet, gefüttert, geschoben werden.

Äusseren Einwirkungen gegenüber verhalten sie sich bald ganz passiv, kataleptisch, bald widerstrebend. Die spärlichen Antworten, die man von ihnen erhält, sind meist völlig beziehungslos, verraten nur hin und wieder ein gewisses Verständnis der Frage; eindringliche einfache Aufforderungen werden bisweilen noch richtig befolgt, einzelne von früher bekannte Personen zutreffend benannt. Hie und da gelingt es auch wohl, Reste von Schulkenntnissen, richtiges Lesen oder Schreiben, Lösung einer Rechnung, das Haften einer geschichtlichen, geographischen, sprachlichen Erinnerung nachzuweisen, die dafür zeugen, dass es nicht ein unbestellter oder unfruchtbarer, sondern ein verwüsteter Acker ist, mit dem wir es zu tun haben.

Im Laufe der Zeit pflegen allerdings nach und nach auch diese Überbleibsel früherer geistiger Arbeit immer mehr zu schwinden. Immerhin lassen sich auch diese Kranken vielfach überraschend gut zu mechanischer, allerdings nicht selbständiger Arbeit erziehen und dadurch vor dem völligen Versinken bewahren. In anderen Fällen bleibt noch eine gewisse oberflächliche geistige Regsamkeit erhalten, aber die Kranken sind zerfahren, faselig, zeigen auch wohl Reste von Wahnbildungen und Sinnestäuschungen. Manchmal erhalten sich deutliche Spuren der früheren Erregung, verwirrtes, unverständliches Schwatzen, läppisches Lachen, gezierte Bewegungen und Ausdrücke, stürmisches Auf- und Abrennen. Häufig zeigen die Kranken wenigstens vorübergehend Zeiten reizbarer Stimmung, drängen plötzlich zur Türe hinaus, fangen an, zu schimpfen, oder begehen unvermittelt eine Gewalthandlung, zerschlagen eine Fensterscheibe, werfen eine Schüssel zu Boden, zerreissen ein Kleidungsstück, versetzen einem

Schlafkameraden unversehens einen Hieb. Auch Zupfen und Nesteln an den Kleidern, abenteuerliche Drapierungen derselben, Ausreissen der Kopf- oder Barthaare, beharrliches Zerkratzen einzelner Körperstellen, rücksichtsloses Masturbieren wird vielfach beobachtet. In der Regel vollzieht sich dieser Vorgang im Laufe einiger Jahre, bei den akut einsetzenden Formen vielfach schon innerhalb des ersten Jahres, wenn auch meist eine bestimmtere zeitliche Umgrenzung nicht möglich ist.

Es muss indessen nicht immer so weit kommen. Soweit ich es überblicken kann, bleibt in etwa 17% der Fälle der Schwachsinn ein mässiger. Die Kranken bewahren nach dem Schwinden der stürmischeren Krankheitserscheinungen ihre äussere Haltung, bleiben über ihre Umgebung wie über ihre Lage ziemlich orientiert, zeigen eine gewisse Einsicht in die überstandene Krankheit, vermögen sich aber nur in den allereinfachsten Lebensereignissen zurechtzufinden. An den Vorgängen um sie herum nehmen sie kaum Anteil, kümmern sich nicht um Zeitrechnung und Lebensunterhalt, können sich jedoch unter genauer Anleitung oft noch einigermassen nützlich machen. Reizbarkeit, Empfindlichkeit gegen Alkohol, gelegentliche Erregungszustände, verschrobene Ausdrucksweise, absonderliche Gewohnheiten sind neben der Verstandesschwäche häufigere Überbleibsel der überstandenen Krankheit. Hier können sich unter Umständen selbst nach Jahren noch Verschlimmerungen, namentlich Erregungszustände, einstellen. Wahrscheinlich gehören hierher auch einzelne Fälle, in denen die Wahnbildungen und Sinnestäuschungen der erregten Zeit zwar allmählich mehr in den Hintergrund treten, aber doch gelegentlich vorübergehend wieder auftauchen. Bisweilen bestehen andauernd Sinnestäuschungen, durch welche sich aber die Kranken meist nicht weiter beeinflussen lassen, und über die sie wenig Auskunft zu geben pflegen. Hie und da aber, namentlich während der Menses, werden sie unvermittelt gereizt, hallucinieren lebhafter, äussern Verfolgungs- oder Grössenideen, zerstören triebartig irgend einen Gegenstand, um kurz nachher anscheinend völlig ruhig und einsichtig ihren Zustand zu beurteilen. Von dauernden, festen Wahnbildungen ist hier gar keine Rede; vielmehr lässt sich stets eine erhebliche Zerfahrenheit erkennen. Die Erziehungsfähigkeit nach Ablauf des eigentlichen Krankheits-

vorganges pflegt eine sehr geringe zu sein; es gelingt meist nur, den Bestand einigermassen zu erhalten. Verhältnismässig selten wird der Kranke imstande sein, nach Ablauf der Störung sich von neuem zu einer bescheidenen geistigen Selbständigkeit hindurchzuarbeiten.

In 8% meiner länger verfolgten Beobachtungen verloren sich die Zeichen der hebephrenischen Erkrankung so vollständig wieder, dass man vielleicht von Genesung zu sprechen berechtigt ist. Dabei wird allerdings vorausgesetzt, dass die eingetretenen Besserungen auch als dauernde zu betrachten waren, ein Satz, der im Hinblicke auf die oft genug, selbst nach 1—2 Jahrzehnten, vorkommenden späteren Wiedererkrankungen nicht ohne weiteres sicher erscheint. Zugleich ist zu bemerken, dass leichtere Einbussen des Seelenlebens gewiss nicht selten unbemerkt bleiben, um so mehr, als die Störung wesentlich auf gemütlichem Gebiete zu liegen pflegt und somit die bürgerliche Arbeitsfähigkeit verhältnismässig wenig herabzusetzen braucht. Wir dürfen, wie ich glaube, annehmen, dass der geistige Schiffbruch durch die Dementia praecox recht häufig verkannt wird, weil die Kranken aus demselben noch soviel Leistungsfähigkeit haben retten können, dass sie in bescheidenem Wirkungskreise den Kampf ums Dasein zu bestehen vermögen. So manche jener fleissigen und vielfach sogar besonders begabten Schüler dürften hierher gehören, die anfangs zu höheren Hoffnungen berechtigten, später jedoch trotz aller Strebsamkeit und Gewissenhaftigkeit zur Enttäuschung ihrer Erzieher nur mit der grössten Mühe zustande bringen, was die anscheinend weit schwächer veranlagten Kameraden spielend erreichten. Hier kann natürlich nur eine genaue Kenntnis und Verfolgung des einzelnen Falles den Nachweis der krankhaften Veränderung erbringen. Es hat vielleicht nur ein leises Herabsinken der Lebensstufe stattgefunden. Der angehende Oberlehrer findet Unterkunft an einer Privatschule, der gescheiterte Jurist als Anwaltsgehilfe; der Feinmechaniker geht zur Schlosserei über; der vielbewunderte Musterschüler wird als Hilfskraft im väterlichen Geschäfte mitgeschleppt. Bei Anderen wird die Störung deutlicher. Sie beschäftigen sich vielleicht noch mit unpassendem und für sie unverdaulichem Lesestoffe, mit entlegenen und schwierigen Fragen, aber sie bringen nichts zustande, machen

in ihrem Berufe keine Fortschritte mehr, bestehen keine Prüfung, fangen alles am verkehrten Ende, in ganz unzweckmässiger Weise an. Der Gesichtskreis verengt sich; die gemütlichen Beziehungen zur Aussenwelt schrumpfen ein. Allmählich verlieren sie gewöhnlich auch das Interesse an geistiger Beschäftigung und Anregung überhaupt, bewegen sich nur noch in altgewohnten, stereotypen Gedankenkreisen und wenden sich vielleicht schliesslich ganz irgend einer mechanischen Tätigkeit zu, dem Holzsägen, Abschreiben, der Gärtnerei, in schroffem Gegensatze zu früheren hochfliegenden Plänen und Hoffnungen.

Katatonische Formen. Unter dem Namen der Katatonie*) hat Kahlbaum ein Krankheitsbild beschrieben, welches der Reihe nach die Zeichen der Melancholie, der Manie, des Stupors, bei ungünstigem Verlaufe auch der Verwirrtheit und des Blödsinns darbietet und ausserdem durch das Auftreten gewisser motorischer Krampf- und Hemmungserscheinungen, eben der „katatonischen" Störungen, gekennzeichnet wird. Die von ihm gegebene, in vieler Beziehung meisterhafte Darstellung sollte zeigen, dass alle bis dahin als Melancholia attonita, Stupor, akute Demenz u. s. w. bezeichneten Zustände in Wirklichkeit nur Erscheinungsformen einer einzigen Psychose seien, welche, ähnlich der Dementia paralytica, trotz äusserlicher Verschiedenheiten des Verlaufes doch eine Anzahl durchaus eigenartiger körperlicher und psychischer Krankheitszeichen aufweise. Wenn ich nun auch die Zusammengehörigkeit sämtlicher von Kahlbaum vereinigter Krankheitsbilder einstweilen bezweifeln muss, so sehe ich mich doch durch vielfache Erfahrungen veranlasst, die grosse Mehrzahl jener Fälle als Beispiele einer eigenartigen Krankheitsform anzuerkennen. Es handelt sich dabei im wesentlichen um das Auftreten eigentümlicher, meist in Schwachsinn ausgehender Zustände von Stupor oder Erregung mit den Erscheinungen

*) Kahlbaum, Die Katatonie oder das Spannungsirresein. 1874; Brosius, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XXXIII, 770; Neisser, Über die Katatonie. 1887. Behr, Die Frage der Katatonie oder des Irreseins mit Spannung. Diss. Dorpat, 1891; Schüle, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LIV, 515; LVIII, 221; Aschaffenburg, ebenda, 1004; Meyer, Archiv f. Psychiatrie XXXII, 780; Tschisch, Monatsschr. f. Psychiatrie VI, 38, 1899; Arndt, Centralblatt f. Psych. XXV, 81, 1902; Claus, Catatonie et stupeur. 1903.

des Negativismus, der Impulsivität und Verschrobenheit, der Stereotypie und Suggestibilität in Ausdrucksbewegungen und Handlungen.

Die Psychose beginnt in der Regel subakut mit den Anzeichen einer leichteren oder schwereren psychischen Depression, ganz ähnlich wie die hebephrenischen Formen. Auch hier können die unbestimmten Vorboten kürzere oder längere Zeit andauern, so dass sich der eigentliche Beginn des Leidens gar nicht recht feststellen lässt. Oder die Krankheit leitet sich mit mehreren, anfallsweise auftretenden traurigen Verstimmungen, bisweilen auch mit einem Wechsel zwischen Niedergeschlagenheit und auffallend gehobener Stimmung ein.

Mit dem stärkeren Hervortreten der Krankheitszeichen pflegen sich sehr bald Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen einzustellen. Am Himmel erscheint ein weisser Stern, Heiligenbilder, Christus am Kreuz, die wilde Jagd; an der Wand werden farbige Bilder, nackte Mädchen vorgeführt; Engel, Teufel, Gespenster, wilde Tiere, Schlangen, der Höllenhund zeigen sich im Zimmer; Flammen zucken hervor; im Essen sind Menschenköpfe, Würmer in der Suppe. Draussen krähen die Hähne, rasseln Ketten, ertönt Musik, jammern die Kinder. Gott spricht zum Kranken; der Teufel ruft seinen Namen; sein ganzer Lebenslauf wird ihm vorerzählt. Die Leute wissen seine Gedanken, reden über ihn, sprechen von „Mörder und so Geschichten"; „der muss mit". Es sind Offenbarungen, geistige Stimmen, „Stimmeingreifungen", Bauchredner; wenn der Kranke etwas denkt, hört er es gleich weiter erzählen. Er spricht mit den Stimmen, merkt, wie ihm Gedanken gemacht werden, ist auch selbst imstande, in die Ferne zu sprechen, Anderer Gedanken zu beeinflussen. Im Zimmer ist Dunst, mephitische Luft, Totengeruch, im Essen Menschenfleisch und Unrat. Elektrische Ströme kreisen im Körper; Wechselströme breiten sich in Wellenlinien über ihn aus; fremdes Blut wird in den Kopf gepumpt, das Glied steif gemacht; das Bett macht Bewegungen; „durch Nase und Ohr krabbeln breite Frösche in den Mund".

Vielfach tauchen nun Versündigungsideen auf, wie sie aus der folgenden Niederschrift eines Kranken hervorgehen:

„Ich bin eine ganze Welt von Gemeinheiten und geheimer und offener Laster, glaube daher, dass ich nur Schaden mit meinem Kot von Gemeinheiten

und Bosheiten, kurzum auf allen Gebieten anrichte, wo ich gerade bin. Ich bin zu feig, einen harten Tod zu sterben oder zu krepieren und meine daher, es wäre jetzt an der Zeit, vollends mittels eines Revolvers zu krepieren. Schädling in jeder Weise, bin ich ja eigentlich keinen Schuss Pulver wert und habe Dir nie ein Jota genützt, im Gegenteil nur 1000fach geschadet, drum eben weg mit mir, ausgerottet vollständig."

Der Kranke muss seinen Glauben abschwören, ist von der Familie zum Opferlamm erkoren, hat die Religion zerstört. Das jüngste Gericht ist da; es ist Krieg; alles ist tot, der Himmel heruntergefallen, das Haus voll Leichen; die Pfalz geht in Flammen auf; Soldaten kommen; Alle werden abgemurkst; die Menschen haben kein Blut mehr. Der Kranke kommt aufs Schaffot, wird gebannt, muss das Blut seiner Verwandten trinken; ein Rabe ist am Fenster, um sein Fleisch zu fressen. Die Frau ist untreu, von einem Anderen angesteckt.

Wüste Gedanken steigen auf; der Kranke wird gezwungen, mit seiner Schwester den Beischlaf auszuüben, durch Sympathie beeinflusst, muss tun, was die Medien wollen; man lässt ihm die Natur abgehen. Weiblichen Kranken wird die Ehre geraubt; sie gebären tote Kinder. Die Gedanken werden verschwächt, der Verstand wie ein Lappen vom Hirn gezogen, das Gehirn zerrissen, der Kopf mitten durchgesägt, ein Gashahn in den Schädel geschraubt; der Kopf ist ein Wolfskopf. Der Kranke ist kein Mensch mehr, kann nicht leben und nicht sterben, nie wieder gesund werden, hat sein Kleingehirn ausgehustet; der Magen läuft auf und ab; die Lungen fallen herunter; die Eingeweide sind los; er ist schon gestorben.

Bisweilen schon jetzt, meist aber erst später, gesellen sich Grössenideen hinzu, die nicht selten die traurigen Vorstellungen ganz in den Hintergrund drängen. Der Kranke besitzt 10 Millionen, prächtige Schlösser, bekommt von Gott 60000 Mark, einen Orden vom Prinzregenten von Schweden, muss zum Kaiser. Er ist ein berühmter Mann, Gedankenleser und Hellseher, untergeschobenes Kind, Paulus, das Christkindchen in der Krippe, Welterlöser, Thronfolger von Bulgarien, zum Heile der ganzen Menschheit, zum Kampfe für Gott geboren, befindet sich „im Jordanhimmele", hat übernatürliche Gaben erhalten, wichtige Erfindungen gemacht, spricht vier Sprachen, lebt von Gottes Wort, braucht nichts mehr zu essen und zu trinken.

Weibliche Kranke sind Gräfin, Mutter Gottes, mit feinen Herren verlobt, verkehren geschlechtlich mit dem Kaiser, erkennen ihren Mann nicht mehr an, haben „hoffentlich einen Mann, der vornehm und von ihrem Range ist“. Eine meiner Kranken lief zum Ortsvorsteher, um ein grosses Vermögen abzuholen, das sie dort für sich hinterlegt glaubte; eine andere traf Vorbereitungen zur Hochzeit mit einem ihr ganz fremden Herrn, der ihr angeblich durch Zeichen seine Liebe erklärt hatte. Ein Schuhmacher versuchte sich reichen jungen Damen zu nähern, die ihm nach seiner Meinung ihre Geneigtheit kundgegeben hatten, mit ihm die Ehe einzugehen.

Die Kranken fassen unvollkommen auf; alles kommt ihnen verwechselt, wie Komödie vor; die Personen sind verwandelt, nicht die richtigen, haben sich angemalt; sie befinden sich in einem Zauberhaus, klagen über Verwirrnisse und Verwicklungen. Der Gedankengang ist zerfahren, zusammenhangslos, die Überlegung meist schwer beeinträchtigt. Die Erinnerung an die Vergangenheit ist gut erhalten, auch die Merkfähigkeit öfters überraschend gut. Personen der neuen Umgebung werden in der Regel wiedererkannt, wenn auch falsch aufgefasst und benannt, als Christus, Judas Ischarioth. Hie und da aber kommt es zu Erinnerungsfälschungen. Der Vater hat den Kranken durchstochen und das Blut aufgefangen; er ist von einer Zigeunerin geraubt, im Garten erschossen worden.

Die Stimmung der Kranken ist im Beginne des Leidens meist eine traurige, ängstliche; sie sind verstört, seufzen, jammern, flehen um Gnade, fürchten sich „vor dem Ungewissen“. Bisweilen werden sie reizbar, misstrauisch, finster, drohend; auch beobachtet man Zornausbrüche von ungemeiner Heftigkeit. Dazwischen hinein aber kann sich ganz unvermittelt kindische Heiterkeit oder verzückte Glückseligkeit einschieben, meist begleitet von lebhafter geschlechtlicher Erregung, Masturbation, obscönen Reden und Angriffen.

Sehr auffallend pflegen auch die Störungen im Benehmen und Handeln zu sein. Die Kranken hören auf, zu arbeiten, stehen und liegen tatenlos herum, laufen davon, stieren vor sich hin, lachen ohne Grund, fangen an, Ausschweifungen zu begehen, sich zu vernachlässigen, ihre Umgebung zu bedrohen. Andere

beten, laufen viel in die Kirche, knieen den ganzen Tag, gehen ins Kloster, wollen die Gräber öffnen, in der Kirche die Geräte vom Altar nehmen. Noch andere wollen heiraten, ziehen ihre besten Kleider an, nehmen überall Abschied. Mehrere meiner Kranken machten Selbstmordversuche oder gefährliche Angriffe auf ihre Angehörigen ohne jeden äusseren Anlass. Eine Dame suchte plötzlich ihr neugeborenes Kind zu vergiften, da es ihr schien, als sei es nicht das ihrige; sie bat den Staatsanwalt telegraphisch um Verhaftung ihres Mannes, der sie ermorden wolle.

An diesen ersten Abschnitt der Krankheit, der in allen Hauptzügen demjenigen gewisser hebephrenischer Formen gleicht, schliessen sich in mehr oder weniger deutlicher Ausprägung diejenigen Zustände an, die der Katatonie insbesondere eigentümlich sind, der katatonische Stupor und die katatonische Erregung. In etwa $^1/_3$ der Fälle allerdings entwickeln sich diese Zustände, und zwar beide gleich häufig, ganz ohne bemerkbare Vorboten aus anscheinend voller Gesundheit heraus.

Der katatonische Stupor ist hauptsächlich beherrscht durch die Erscheinungen des Negativismus und der Befehlautomatie. Die Kranken werden einsilbig, wortkarg, brechen mitten im Wort oder Satz ab, hören allmählich vollständig auf, zu sprechen (Mutacismus), oder lispeln doch nur hier und da leise einige unverständliche Worte, führen auch wohl flüsternde Selbstgespräche, lachen vor sich hin. Manchmal setzen sie zum Sprechen an, sobald man Miene macht, sich zu entfernen, verstummen aber sofort, wenn man sich wieder zu ihnen wendet. Auch zum Schreiben sind sie meist nicht mehr zu bringen, brechen nach einigen Buchstaben ab, fahren spielend über das Papier oder bringen nur sinnlose Kritzeleien hervor. Sie blicken nicht mehr auf, wenn man mit ihnen spricht, drehen den Kopf nicht her, wenden sich vielleicht geradezu ab. In einzelnen Fällen erhält man jedoch zeitweise noch schriftliche Antworten, oder die sonst stummen Kranken singen auf Befehl einmal mit feiner Stimme ein bekanntes Lied. Im übrigen sind sie gänzlich unzugänglich gegen jede äussere Einwirkung, reagieren nicht auf Anreden, Berührungen und selbst Nadelstiche; nur selten führt ein sehr lebhafter Reiz Ausweichbewegungen, noch seltener einmal einen unvermutet gewandten

und kräftigen Angriff herbei. Auch ein gelegentliches leises Blinzeln, stärkere Rötung oder Schwitzen des Gesichtes, Zucken um die Mundwinkel bei solchen Versuchen, Auflachen bei scherzhaften Anlässen deuten darauf hin, dass weniger die Auffassung der Eindrücke, als die Auslösung der Willenshandlung auf dieselben gestört ist.

Jeder Versuch eines Eingreifens in Haltung oder Bewegung der Kranken begegnet zeitweise hartnäckigem und unüberwindlichem Widerstande. Man fühlt, wie sich sofort jeder Muskel auf das äusserste anspannt, sobald man irgend eine Lageveränderung mit dem Kranken vornehmen will. Drückt man gegen die Stirn, so schnellt der Kopf beim Loslassen federnd nach vorn; berührt man das Hinterhaupt, so strebt er dem Fingerdruck entgegen nach hinten. Drängt man den Kranken vom Flecke, so stemmt er sich dagegen, bis man ihn völlig aus dem Gleichgewichte gebracht hat, um sofort seinen Platz wieder einzunehmen, sobald die Gewalt nachlässt. Den psychischen Ursprung dieses entschiedenen Widerstrebens erkennt man am besten in den nicht seltenen Fällen, in welchen die Kranken auch auf sprachliche Beeinflussungen in der gleichen Weise antworten (Befehlsnegativismus). Es ist dann nicht nur möglich, den Kranken dadurch zum Vorwärtsgehen zu veranlassen, dass man ihn scheinbar zurückdrängt, und umgekehrt, sondern er setzt sich auf den Nachtstuhl, wenn man es ihm mit Bestimmtheit verbietet, steht still, sobald man ihn gehen heisst, und ähnliches. Auch in einer Reihe von anderen Zügen lässt sich deutlich der grundsätzliche Widerstand gegen die natürlichen Willensantriebe erkennen. Manche Kranke dulden keine Kleider, keine Schuhe, ja kein Hemd, gehen nicht ins Bett, legen sich nachts an den Boden, unter das Bett, ziehen Keidungsstücke verkehrt an, kehren die Bettstücke um, liegen auf der Decke, um sich mit der Matratze zuzudecken, drängen zu einer bestimmten Türe hinaus. Sie weichen bei der Annäherung zurück, verstecken sich in einem Winkel, kriechen in fremde Betten, ziehen fremde Kleider an, verbinden sich die Augen, verhüllen sich, ziehen die Decke über den Kopf, halten krampfhaft fest, was sie einmal gefasst haben.

Als eine negativistische Erscheinung ist ferner wohl die bei unseren Kranken häufige Nahrungsverweigerung aufzufassen.

Sie hören bisweilen ganz plötzlich auf, zu essen, und sind nun auf keine Weise zur Fortsetzung der Mahlzeit zu bewegen, beissen krampfhaft die Zähne aufeinander, pressen die Lippen zusammen, sobald man sich mit dem Löffel nähert. Andere essen nicht, solange man ihnen zusieht, lassen alles stundenlang stehen oder nehmen nur heimlich etwas zu sich. Ebenso plötzlich, wie sie begann, pflegt die Nahrungsverweigerung auch zu enden, um nun nicht selten einer gierigen Gefrässigkeit Platz zu machen. Bisweilen fangen die Kranken an, zu essen, wenn sie in ein anderes Zimmer, in eine neue Umgebung kommen. Einzelne Kranke verschmähen mit unüberwindlicher Hartnäckigkeit bestimmte Speisen, Fleisch oder das für sie bereit gestellte Essen, wissen sich aber mit List oder Gewalt die Speisen ihrer Nachbarn zu verschaffen und verzehren dieselben in grösster Hast.

Endlich dürfte auf den Negativismus der Kranken auch vielfach ihre Unreinlichkeit zurückzuführen sein. Sie halten Urin und Kot oft lange Zeit zurück und lassen dann einfach unter sich gehen, nehmen nicht die geringste Lageveränderung vor, um sich den unangenehmen Folgen zu entziehen. Auf dem Abtritt sind sie häufig nicht zur Entleerung zu bewegen, um gleich darauf den Fussboden oder das Bett in ausgiebigster Weise zu verunreinigen. Einzelne Kranke pressen die Harnröhre krampfhaft mit den Fingern zusammen. Der Speichel wird oft bis zum äussersten im Munde angesammelt, um dann plötzlich springbrunnenartig hervorzuquellen, oder er läuft immerfort am Kinn über die Kleider herab, zum Teil wohl, weil die Absonderung vermehrt ist, aber auch, weil die psychomotorisch erstarrten Kranken keine Schluckbewegungen ausführen. In anderen Fällen sieht man die Kranken ihr Bett, ihre Kleider und ihre Umgebung auf das rücksichtsloseste durch immerwährendes Spucken verunreinigen.

Mit dem Negativismus verbindet sich sehr gewöhnlich eine ausserordentliche Einförmigkeit der Körperhaltung und Muskelspannung. Infolgedessen sehen wir die Kranken Tage, Wochen, ja viele Monate hindurch genau dieselbe Stellung einnehmen. In eigentümlicher Haltung, bildsäulenartig, oft starr in sich zusammengekrümmt, in Knieellenbogenlage, hocken, knieen oder liegen sie regungslos da, den Kopf frei vom Kissen abgehoben oder über

den Bettrand herabhängend, das Leintuch zwischen den Zähnen, mit den Fingern vielleicht einen alten Brotrest oder einen abgerissenen Knopf krampfhaft umklammernd. Sie lassen sich nach Belieben herumrollen oder auch an irgend einem Körperteil wie ein Packet in die Höhe heben, ohne die Lage ihrer Glieder irgendwie zu verändern. Eine meiner Kranken faltete so lange Zeit die Hände krampfhaft, dass an den Berührungsstellen Druckbrand entstand; ein anderer kniete jahrelang auf derselben Stelle, bis wegen der entstehenden Gelenkentzündung unter heftigstem Sträuben gewaltsames Festhalten im Bette nötig wurde. Die Augen sind dabei entweder geschlossen, werden bei jeder äusseren Annäherung unter starker Aufwärtsrollung der Bulbi fest zusammengekniffen, oder sie sind weit offen, starren mit erweiterten Pupillen in die Ferne, fixieren niemals; der Lidschlag findet äusserst selten statt. Der Gesichtsausdruck ist unbeweglich, maskenartig, verwundert, erinnert bisweilen an das starre Lächeln der Ägineten. Die Lippen sind öfters rüsselartig vorgeschoben („Schnauzkrampf“), zeigen hier und da blitzartige oder rhythmische Zuckungen. Häufig ist Grinsen, plötzliches Lachen und Gesichterschneiden.

Auch im Gange der Kranken pflegen sich ähnliche Eigentümlichkeiten bemerkbar zu machen. Öfters ist es freilich ganz unmöglich, Gehversuche zu erzielen. Die Kranken lassen sich einfach steif hinfallen, sobald man sie auf die Füsse stellen will. In anderen Fällen marschieren sie mit gestreckten Knieen, auf den Zehenspitzen, auf dem äusseren Fussrande, mit gespreizten Beinen, stark zurückgebeugtem Oberkörper, mit krampfhaft emporgerafftem Hemde, rutschend, tänzelnd, kurz in irgend einer ganz ungewöhnlichen, aber mit Aufbietung aller Kräfte entgegen jeder äusseren Einwirkung festgehaltenen Stellung. Die einzelnen Bewegungen sind steif, langsam, gezwungen, als ob ein gewisser Widerstand zu überwinden wäre, oder ruckweise und dann oft blitzschnell.

Einen eigentümlichen Gegensatz zu diesen Erscheinungen, in denen sich das allgemeine Widerstreben gegen jede Veränderung des augenblicklichen Zustandes ausdrückt, bilden die vielfach hervortretenden Anzeichen gerade einer erhöhten Beeinflussbarkeit von aussen her. Dahin gehört vor allem die ausnahmlos



A B C D E F

Katatonikergruppe.

kürzere oder längere Zeiten hindurch bestehende Katalepsie, die in solchen Zuständen ihre höchste Ausbildung zu erreichen pflegt. Seltener und meist nur vorübergehend begegnet man auch der Echolalie oder gar der Echopraxie. Die Kranken wiederholen dann einfach ganz mechanisch die an sie gerichteten Reden oder auch irgendwelche zufällig aufgefassten Äusserungen, unter Umständen selbst mit geschlossenem Munde, stimmen in ein Lied ihrer Nachbarn ein und wiederholen es. Dieser Erscheinung verwandt ist das zwangsmässige Antworten mit einer Association oder einer ruckweisen Bewegung, Auf- und Niedersetzen, Gesichterschneiden, Handverdrehen auf jeden Zuruf; ein Kranker schrieb jedes ihm zugerufene Wort sofort ins Badewasser. Vielfach ahmen die Kranken lebhaftere Gebärden nach, die man ihnen in eindringlicher Weise vormacht (Hochheben der Arme, Händeklatschen), setzen eine von aussen angeregte Bewegung (Taktschlagen, Rollen der Hände um einander) längere Zeit hindurch fort. Bisweilen sieht man sie sogar stundenlang alles mittun, was irgend eine bestimmte Person ihrer Umgebung tut, ihr alles nachsprechen, in gleichem Schritt hinter ihr hergehen, sich mit ihr an- und auskleiden und ähnliches. Einzelne Kranke kommandieren sich selbst, z. B. bei der Sondenernährung: „Mund auf! — Schlauch rein!“ u. s. f.

Das auffallende Bild, welches durch die Katalepsie erzeugt wird, ist auf der Tafel II an mehreren Beispielen wiedergegeben. Die Kranken wurden ohne Mühe in die absonderlichen Stellungen gebracht und behielten dieselben bei, als sie in einer Gruppe photographiert wurden, einzelne mit verschmitztem Lächeln, andere mit starrem Ernste. Von diesen Kranken war nur E bereits ziemlich blödsinnig, während namentlich A, B und C noch im Beginne der Krankheit standen.

Sehr deutlich tritt die schwere Willensstörung in diesen Zuständen hervor, wenn man die Kranken auffordert, ihre Zunge zu zeigen, um sie mit der Nadel zu durchstechen. Obgleich sie die drohende Nadel bemerken und recht gut begreifen, was ihnen bevorsteht, strecken sie doch die Zunge auf kräftige Aufforderung unweigerlich heraus. Vielfach kann man den Versuch beliebig oft mit dem gleichen Erfolge wiederholen. Die Kranken verziehen bei jedem Stiche kläglich das Gesicht, sind aber unfähig, den durch

erneuten Befehl ausgelösten Antrieb zu unterdrücken oder sich auf irgend eine andere Weise der drohenden Unbill zu entziehen.

Die beiden nur anscheinend entgegengesetzten Zustände des ausgeprägtesten Widerstrebens und der vollständigen Hingabe an äussere Einflüsse gehen bei den Kranken regellos und ganz unvermittelt ineinander über. Zwar kann unter Umständen Wochen und Monate lang nur das eine Verhalten bemerkbar sein, aber es finden sich immer Zeiten, in denen sich eine plötzliche Wandlung feststellen lässt, ja es gelingt nicht so selten, durch geeignete suggestive Beeinflussung ohne weiteres die Starre in Katalepsie überzuführen und umgekehrt. Die Nahrungsverweigerung wechselt unvermittelt mit Gefrässigkeit; der vielleicht wochenlang regungslos stumme Kranke fängt plötzlich an, überlaut einige ganz unverständliche Schreie auszustossen, Kikeriki, Hurrah zu rufen, wie ein Hund zu bellen, mit verschmitzter Miene einen zeitgemässen Gassenhauer zu grölen. Oder er springt mit langen Sätzen durch das Zimmer, hebt irgendwo blitzschnell ein Fenster aus und stürzt sich mit gewaltigem Schwunge in ein fremdes Bett, wo er wieder unzugänglich liegen bleibt. Andere Kranke erheben sich eines Tages und sprechen, wie wenn nichts geschehen wäre, verlangen ihre Entlassung, beklagen sich über die Zurückhaltung in der Anstalt; wenige Stunden später findet man sie vielleicht schon wieder in starrem Stupor. Gerade dieser überraschende Wechsel verschiedenartiger Zustände ist in hohem Masse kennzeichnend für die Katatonie.

Offenbar spielt hier vielfach jenes zweite katatonische Zustandsbild in den Stupor hinein, welches wir als katatonische Erregung bezeichnet haben. Die Eigentümlichkeit dieser Erregung liegt in dem Auftreten zahlreicher Triebhandlungen und Bewegungsstereotypen. Der Ausbruch derselben ist in der Regel ein ganz plötzlicher, meist nach den früher geschilderten Vorboten einer traurigen Verstimmung. Die Kranken werden, bisweilen mitten in der Nacht, unruhig, verwirrt, schwatzen, singen, tanzen ungestüm, mit glänzenden Augen im Zimmer herum, reissen sich die Kleider vom Leibe, werfen Tische, Betten, den Ofen um, spucken um sich, sind plötzlich sinnlos gewalttätig. Zugleich beginnen die eigentümlichen katatonischen Bewegungen, die öfters das erste erschreckende Krankheitszeichen bilden.

Die Kranken werden plötzlich am ganzen Körper starr, sinken zu Boden, bleiben in der Stellung eines Gekreuzigten liegen, verdrehen die Augen, atmen stossweise, pusten und blasen, rollen sich um ihre Längsachse, machen Schlangenmenschbewegungen; sie drehen sich auf den Zehenspitzen herum, rotieren Rumpf und Kopf, schaukeln und wiegen sich hin und her, nehmen Ausfallstellungen ein, pronieren die Arme bis zum äussersten, wirbeln die Fäuste mit grosser Geschwindigkeit umeinander. Diese Erscheinungen erinnern vielfach lebhaft an hysterische Störungen, denen sie bisweilen zum Verwechseln gleichen.

Weiterhin äussert sich der Bewegungsdrang der Kranken in grosser Unruhe. Sie schnellen sich im Bett auf und nieder, machen mit den Armen unaufhörlich beschwörende oder taktmässige, kreisende Bewegungen, schreiben Buchstaben in die Luft, ringen die Hände, klatschen, trommeln an die Wand, tupfen stundenlang auf den Tisch, tänzeln und hüpfen, wischen, wedeln, strudeln, rutschen und stampfen. Alle diese Bewegungen geschehen eckig, steif, plump oder geziert, feierlich; sie sind zwecklos, haben keinerlei Beziehung zur Umgebung und werden oft lange Zeit hindurch in ganz einförmiger Weise fortgesetzt. Meist lassen sie sich nur mit Aufwendung starker Gewalt unterdrücken, um sofort wieder zu beginnen, wenn man den Kranken freigibt.

In diese einförmigen Bewegungen mischen sich die merkwürdigsten Antriebe hinein. Die Kranken beissen plötzlich in die Uhrkette des Arztes, bemächtigen sich mit blinder Gewalt irgend eines bestimmten Gegenstandes, schlagen die verwegensten Purzelbäume, trippeln und tanzen in abenteuerlicher Haltung und Ausschmückung herum, machen einige Luftsprünge, um sich dann über die hohe Lehne köpflings ins Bett zu schwingen. Sie erklettern hastig einen Stuhl, einen Tisch, um dort zu defäcieren, balanzieren in den gewagtesten Stellungen, werfen alle Bettstücke durcheinander, schleppen ihre Matratze stundenlang im Kreise herum und klopfen bei einer bestimmten Stelle jedesmal an die Wand, stellen sich mit ausgebreiteten Armen nackt auf den Nachtstuhl. Andere „ahmen die Wachtparade nach“, „exerzieren, wie wenn sie strengsten Befehl vom Oberst hätten“, springen bis zur Ermattung ums Haus, kriechen am Boden herum, galoppieren in Fechterstellung mit grossen Bocksprüngen, tanzen mit der aus-

gehobenen Stubentüre herum, schleudern jedes Hindernis hastig beiseite, heben unvermutet einen harmlosen Nachbarn in die Höhe oder versetzen ihm eine schallende Ohrfeige. Vielfach sieht man sie mit unermüdlicher Beharrlichkeit die gleichen Wege zurücklegen, namentlich im Kreise herumwandern, so dass sich ihre Spur allmählich ausprägt wie diejenige eines Tieres im Käfig. Häufig sind auch blindes, sinnloses Hinausdrängen, unermüdliches Klopfen an den Türen, triebartige Selbstmordversuche. Manche Kranke zerkratzen sich, reissen sich die Haare aus, brennen sie an, beissen sich in den Arm, zerzupfen ihre Finger, knabbern am Holzwerk; einer sprang singend in den Neckar.

Alle die geschilderten, sehr verschiedenartigen Handlungen werden mit der grössten Kraft und Rücksichtslosigkeit durchgeführt, so dass es meist gänzlich unmöglich ist, den äusserst gewandt und schnell sich bewegenden Kranken an seinem Vorhaben zu hindern. Infolgedessen kommt es bisweilen zu massenhaften Hautabschürfungen, kleineren und grösseren Verletzungen, da der Kranke seine Glieder nicht im geringsten schont, die offenen Stellen immer wieder anschlägt und die ihm hinderlichen Verbände ohne weiteres herunterreisst.

In der Regel sind die Kranken sehr unsauber. Sie lassen unter sich gehen, packen ihren Kot zusammen, verzehren ihn, lecken den Urin vom Boden, urinieren in den Pantoffel, in den Spucknapf, stecken Brot in den After, spucken in die Suppe, auf ihr Butterbrot, in ihr eigenes Bett, schlürfen das Badewasser ein, waschen sich mit Urin. Die geschlechtliche Erregung kommt in rücksichtslosem Masturbieren, Coitusbewegungen, obscönen Reden zum Ausdruck, in der Neigung, zu küssen, Anderen an die Genitalien zu greifen.

Ganz besonders kennzeichnend für die katatonischen Zustände sind auch die eigentümlichen Ausdrucksbewegungen der Kranken. Dahin gehören die gespreizten Gebärden, das Gesichterschneiden, das drohende Ausfahren, das sinnlose Kopfschütteln und Nicken, das einförmige Heulen, Brüllen, Krähen, Johlen, Singen, das Quieken, Schreien in Fistelstimme, Kreischen und Brummen, das andauernde, unbändige Lachen. Die Sprache ist bald skandierend, rhythmisch, mit ganz verschrobener Betonung, bald singend oder kommandierend, bald überstürzt, stossweise,

bald abgerissen. Manche Kranke reden dauernd in fremden, zum Teil selbsterfundenen Sprachen. Bisweilen löst sich die Sprache in eine Folge unsinniger, taktmässig wiederholter Silben auf, mit Reimen und Anklängen, oder die Worte werden verstümmelt, die Endsilben weggelassen, willkürlich bestimmte Buchstaben eingefügt. Ein Kranker sprach immer von „Soktor", „Notessor", „neistesnank". Solche Verdrehungen werden trotz aller Einsprüche mit grösster Zähigkeit festgehalten. Manche Kranke fragen auf jede Anrede zunächst: „Wie?", obgleich sie recht gut verstanden haben. Andere antworten regelmässig mit einer ganz gleichen Gegenfrage.

Sehr häufig ist die als „Vorbeireden" bezeichnete Störung. Die Kranken reagieren zwar auf jede Anrede, gehen aber durchaus nicht auf den Inhalt derselben ein, sondern bringen völlig beziehungslose Sätze vor; nur bisweilen ist dabei noch eine leichte Anlehnung an die Frage zu erkennen, etwa darin, dass die Antworten geradezu die richtige Auskunft vermeiden, wie in dem folgenden Gespräche, bei dem die Fragen des Arztes hinzugefügt sind:

Wie heisst dieser Herr? (Dr. A.) „Kleiner Mann". Wie heisst er? „Florschütz" (Name eines Mitkranken). Wieviel Finger sind das? (3) „Vier". Wieviel jetzt? (4) „Fünf". Und jetzt? (2) „Einer. Wieviel Geld ist das? (3 Zehnpfennigstücke) „6 Nickel". Nein, Sie wissen es gut! „2 Zehner". Nein, wieviel? „4 Zehner". Jetzt nennen Sie die ausgelassene Zahl, also wieviel? „25000". Was meinen Sie mit 25000? „Dass mir gut ist".

Die negativistische Grundlage des Vorbeiredens ist hier deutlich erkennbar. Derartige Erfahrungen legen natürlich den Gedanken an eine willkürliche, zielbewusste Verstellung sehr nahe, namentlich in forensischen Fällen. Die Häufigkeit der Erscheinung bei völlig unverdächtigen Kranken und ihre nahen Beziehungen zu anderen Zeichen des Negativismus lassen jedoch keinen Zweifel darüber, dass wir es mit einer krankhaften Störung, mit einem triebartigen Vermeiden der richtigen Antworten zu tun haben. Die fortschreitende Verblödung solcher „Simulanten" pflegt allmählich darüber Klarheit zu bringen.

In den selbständigen Reden der Kranken zeigt sich oft eine hochgradige Zerfahrenheit; eine Probe davon liefern die folgenden Sätze:

„Benollen und betollen kann ich mich doch nicht lassen. Wissen Sie, ich war ganz irrsinnig und vielleicht bin ich es noch. Ob es ein Herr Grossherzog

ist oder König und Kaiser — ob es die Stimme des Gerichts ist oder wer es ist. Der liebe Gott vom Himmel kommt auch und wenn es nur ein Hund oder ein Mück ist — oder ein Stückchen Brot. Ich weiss nicht, ob ich einen Fisch in der Hand habe oder eine Schlange oder was klappert oder was geht und steht; lieber mag ich Alle auf Erden. Von unten und oben kann niemand betollt werden." „Meine Nase gehört jetzt in Jesus Christus hineingestopft und mir alles herumgedreht. Die tun Alle klappern und Gott veraftern. Und wenn da drüben der liebe Erzgrossherzog ist, dann tun die hüben und drüben veraftern und verfatzen und Schlichte hinein."

Man beachte die Wortneubildungen, die Wiederkehr einzelner Ausdrücke, betollen, klappern, veraftern, die sinnlosen Anklänge, den Mangel jeden Gedankenzusammenhanges bei erhaltener Satzbildung, endlich die Andeutungen von Grössenideen und von Krankheitsgefühl. Die Aussprache geschieht dabei vielfach geziert, lispelnd, grunzend oder in Fistelstimme. In einzelnen Fällen wird Agrammatismus beobachtet, insofern die Kranken unfähig scheinen, Sätze zu bilden, und in Infinitiven sprechen.

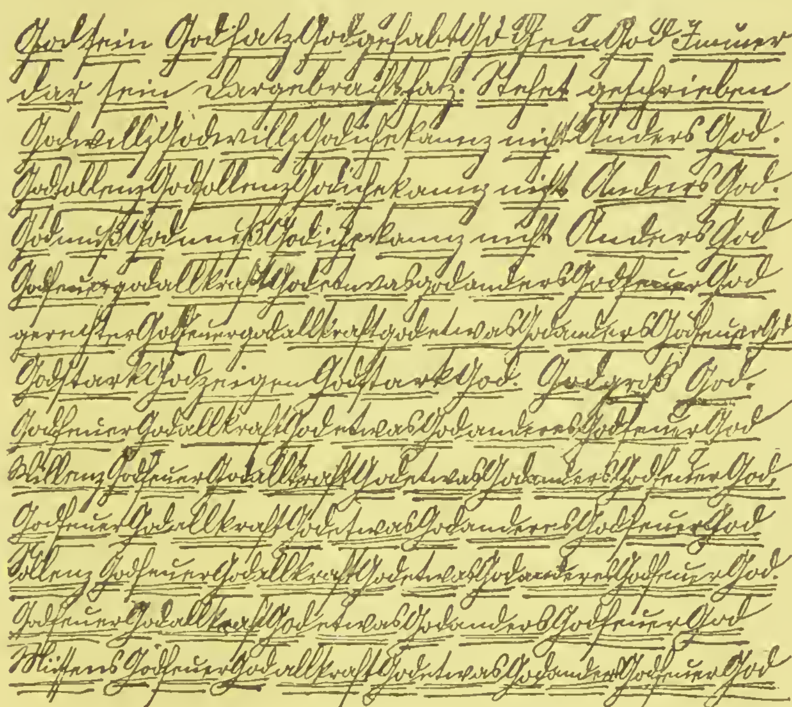
Sehr gewöhnlich ist endlich hier wie im Stupor das früher bereits besprochene Symptom der Verbigeration, in welchem sich, wie in so vielen ihrer sonstigen motorischen Äusserungen, die Neigung der Kranken zur Stereotypie, zur Wiederholung der gleichen Antriebe, auf das deutlichste kundgibt. Irgend ein kürzerer oder längerer, häufig durchaus sinnloser Satz (z. B. „Gekreuzigter Krex in e Umkrexhaus"), auch wohl einzelne Buchstaben werden stunden- und tagelang in derselben, oft rhythmischen Betonung ununterbrochen wiederholt, bald schreiend, bald flüsternd, bald sogar in bestimmter Melodie. Bisweilen versprechen sich die Kranken einmal, oder es drängt sich ein in der Umgebung gehörtes Wort hinein; so kann der Spruch allmählich Wandlungen erfahren, deren Ergebnis man dann nach einigen Stunden vorfindet. Man ist öfters imstande, durch Vorsagen des Anfanges die Kranken geradezu zwangsmässig zur Wiederholung ihres gewohnten Spruches zu bringen. So setzte eine völlig besonnene Kranke wochenlang auf das Stichwort „Mein Mann" unter plötzlichem Abbrechen ihrer Rede ohne weiteres, vielfach widerwillig, in leierndem Tonfalle den Satz fort:

„Mein Mann ist ein feiner Mann, ein gebildeter, geachteter, fleissiger braver Kaufmann, und ich bin seine Frau; mein Kind ist ein braves Kind, und wir haben keine Schulden in der Stadt, und wir haben 2000 Mark ehrliches Geld, und 300 Mark, die haben wir gefunden. Meine Geschwister sind ehrliche

Geschwister, und meine Brüder sind geachtete, fleissige, angesehene, brave Geschäftsleute, und das ist die reine Wahrheit.“

Auf die Frage, warum sie denn immer diese Rede wiederhole, meinte sie: „weil ich verrappelt bin.“ In anderen Fällen zeigt der Inhalt der verbigerierten Reden vielfachen Wechsel.

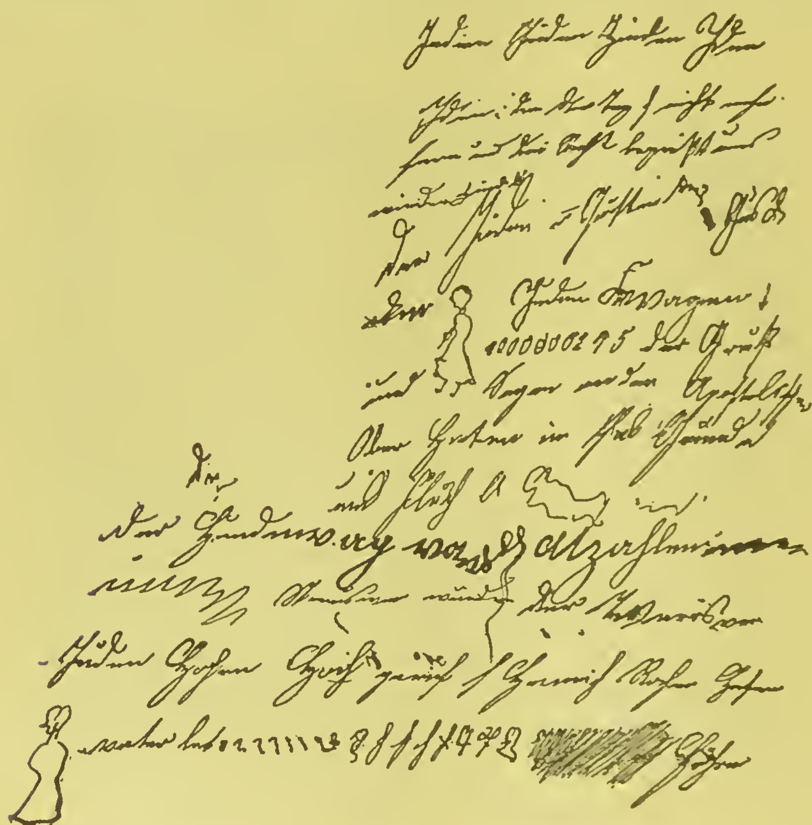
Auch in den schriftlichen Äusserungen der Kranken lässt sich die Verbigeration wiederfinden, in dem endlosen Wieder-



Schriftprobe III. Katatonische Stereotypie.

holen der gleichen Schnörkel, Zahlen, Buchstaben, Worte oder Sätze. Damit pflegt sich verschrobene Rechtschreibung und Interpunktion zu verbinden. Plötzliche, unberechenbare Einfälle bewirken die Einfügung ganz sinnloser oder das Auslassen für den Sinn notwendiger Zeichen und Wörter. Die Ausführung der Schrift selbst geschieht bald langsam, zögernd, mitten im Buchstaben abbrechend, bald rasch und flüchtig oder in gewöhnlichem Zeitmasse. Der Druck wechselt ebenfalls vielfach unvermittelt. Manche Kranke schreiben Spiegelschrift. Beispiele katatonischer Schriftstücke geben die beigefügten Proben, von denen die

erste in Form und Inhalt die zwangsmässige Stereotypie mit geringen allmählichen Abwandlungen erkennen lässt, während in der zweiten neben Andeutungen von Stereotypie ganz besonders die Zerfahrenheit hervortritt. In Figur IX ist eine der so häufigen sinnlosen, spielerischen katatonischen Zeichnungen wieder-

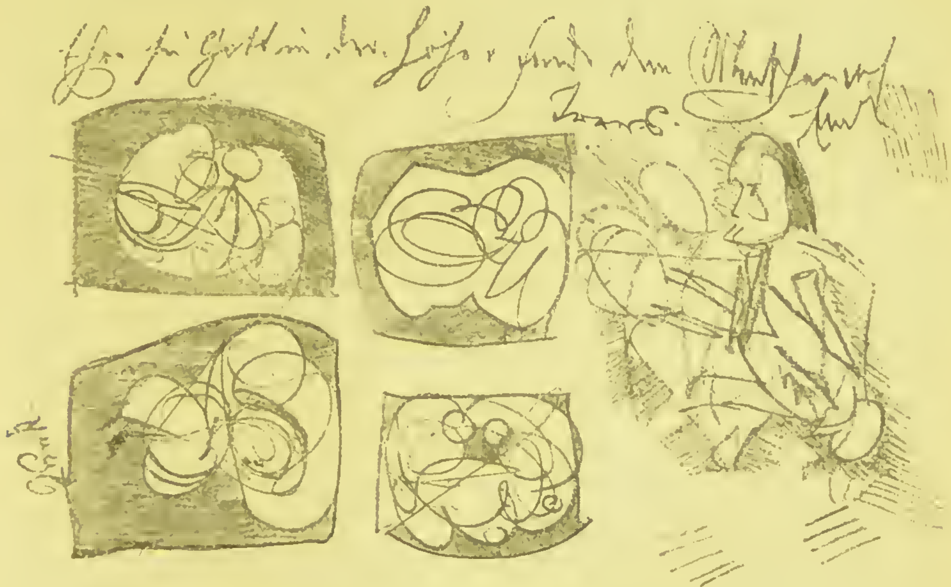


Schriftprobe IV. Katatonische Zerfahrenheit.

gegeben, deren der betreffende Kranke grosse Mengen täglich lieferte; eine gewisse Stereotypie ist auch in diesen wunderlichen Schnörkeleien angedeutet.

Der katatonische Stupor und die Erregung sind anscheinend trotz ihrer äusserlichen Verschiedenheit nahe verwandte Zustände. Wir sehen dieselben im Krankheitsbilde vielfach unmittelbar aufeinander folgen; dabei scheint die Erregung etwas häufiger voran zu gehen, als der Stupor. Aber auch in den weit zahlreicheren Fällen, in denen nur der eine oder der andere Zustand den Krank-

heitsverlauf beherrscht, können sich doch ungemein häufig Andeutungen des entgegengesetzten Bildes einschieben. Der stuporöse Kranke gerät plötzlich für einige Minuten oder Stunden in die sinnloseste Erregung, um dann in seine frühere Regungslosigkeit zurückzusinken; umgekehrt sehen wir die Erregung vorübergehend nicht selten einem leichter oder schwerer stuporösen Zustande mit Katalepsie und Negativismus Platz machen. Die gradweise Ausprägung der Erscheinungen ist in den einzelnen Fällen sehr verschieden. Der Stupor kann bisweilen nur durch ein wort-



Figur IX. Katatonische Zeichnungen.

karges, abweisendes, schläfriges Wesen angedeutet werden, während die Erregung von leichter läppischer Ausgelassenheit bis zum rücksichtslosesten, geradezu das Leben gefährdenden Rasen schwanken kann.

Während der Entwicklung dieses vielgestaltigen Krankheitsbildes ist das Bewusstsein ohne Zweifel dauernd etwas getrübt. Die Kranken scheinen zwar einzelne Eindrücke fast immer leidlich aufzufassen, auch wenn man es zunächst nicht nachweisen kann, aber sie pflegen doch nur eine ziemlich unklare Vorstellung von ihrer Lage und den Vorgängen in ihrer Umgebung zu haben, allerdings zum Teil deswegen, weil sie sich gar nicht darum bekümmern und nicht das Bedürfnis haben, ihre Wahrnehmungen

weiter zu verarbeiten. Sie verkennen daher vielfach die Personen, wissen nicht, wo sie sich befinden, überraschen aber nicht selten dadurch, dass sie die Namen der Wärterinnen oder der anderen Kranken wissen, eine scherzhafte Bemerkung machen, sich über irgend ein Vorkommnis beklagen, geordnete Auskunft über ihre Verhältnisse geben, einen zusammenhängenden Brief mit zutreffender Schilderung ihres Aufenthaltes, der Bitte um Abholung verfassen.

Selbst eine gewisse Krankheitseinsicht ist vielfach vorhanden. Die Kranken bezeichnen ihr absonderliches Treiben als Dummheiten, meinen, sie seien eben närrisch, seien „stumpfsinnig und vernebelt“, „sehr dumm geworden in letzter Zeit“, der Kopf sei hohl, durcheinander. Eine Kranke, welche die katatonischen Bewegungsstereotypen in höchster Ausbildung darbot, sagte mir: „ich muss aber immer so dumme Bewegungen machen; das ist doch zu einfältig“; eine andere beklagte sich, dass sie immer Gesichter schneiden müsse; man solle ihr doch das Lachen vertreiben. Viele betonen, dass ihnen beim Lachen durchaus nicht lustig zumute gewesen sei. Freilich erfährt man über die Gründe des ganzen zwangsmässigen Benehmens von den Kranken nie etwas anderes, als dass sie nicht hätten sprechen oder essen dürfen oder können, keinen Hunger gehabt, die Worte nicht gefunden hätten; die Ärzte hätten doch schon alles gewusst; die Fragen seien so einfach gewesen; sie hätten doch Niemanden gekannt, nicht gewusst, was sie sagen sollten. Eine Kraft, ein Antrieb, ein „Drang“ sei über sie gekommen und habe sie gezwungen, alles nachzumachen; sie hätten tun müssen, was man ihnen sagte; man habe es ja so gewollt. Sie hätten nicht eher ruhen können, bis sie es so gemacht hätten; es sei ihnen in den Kopf gekommen, habe ihnen Spass gemacht, alles so oft zu wiederholen; sie hätten es eben gewollt, hätten gemeint, es müsse so sein; sie würden sonst ihre Pflichten nicht erfüllen. Weit seltener sind andere Begründungen. Ein Kranker hatte nach seiner Aussage geglaubt, er falle von Gott ab, wenn er esse; ein anderer erzählte, er sei zu seinen stürmischen Bewegungen „wie mit einem Seil“ gezogen worden; einer erklärte, er habe sich unter der Bettdecke verkrochen, um seine Augen zu schonen, wieder ein anderer, der beim Zählen immer die Zahl 4 ausliess, er habe dabei immer an

das vierte Gebot denken müssen. Man erkennt aus allen diesen Begründungen deutlich genug, dass die absonderlichen Handlungen eben triebartigen Ursprungs und nicht durch bestimmte Überlegungen bedingt sind.

Trotz dieser klaren Angaben über die Eigenart ihrer Zustände, die meist auch im allgemeinen als krankhafte betrachtet werden, fehlt den Kranken doch, zunächst wenigstens, durchaus ein wirkliches Verständnis für die Schwere der Störung. Sie wundern sich nicht besonders über ihr merkwürdiges Gebahren in der Krankheit, betrachten sich sofort als vollkommen gesund, sobald sie einigermassen klar geworden sind, drängen ohne weiteres und blind gegen besseren Rat nach Hause. Sehr häufig bestehen übrigens während des Stupors wie in der Erregung und selbst nach deren Schwinden allerlei Wahnbildungen und Sinnestäuschungen fort, wie wir sie früher eingehend geschildert haben.

Die Stimmung der Kranken zeigt nach den anfänglichen stärkeren Gefühlsschwankungen keine sehr auffallenden Störungen. Meist sind die Kranken im Zusammenhalte mit ihrem sonderbaren Benehmen und ihren Wahnvorstellungen merkwürdig gleichgültig. Bedrohungen machen auf sie gar keinen Eindruck. Wenn nicht negativistische Störungen hineinspielen, weichen sie vor der drohenden Faust oder dem gezückten Messer nicht zurück, blinzeln nicht bei Annäherung der Nadelspitze an das Auge. Doch beobachtet man vielfach in unregelmässigem Wechsel kindische Weinerlichkeit, Gereiztheit, läppische Ausgelassenheit oder Verzückung. Weit seltener und dann meist der ersten Zeit der Krankheit angehörend sind Angstzustände, die jedoch in einzelnen Fällen eine ausserordentliche Heftigkeit erreichen können.

Den Ausgang der Katatonie bildete in 59% meiner Fälle ein eigenartiger, erheblicher Blödsinn. Die Erregung legt sich; die starre Spannung des Stupors schwindet; die Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen treten in den Hintergrund, aber der Kranke wird nicht frei, sondern zeigt nunmehr die deutlichen Züge der psychischen Schwäche. Er ist stumpf und gleichgültig geworden, hat seine geistige Regsamkeit verloren, kümmert sich nicht um seine Umgebung, um seine Angehörigen, um seine Zukunft, sondern dämmert wunschlos und willenlos dahin. Obgleich er gewöhnlich noch leidlich imstande ist, aufzufassen und ein-

fache Dinge zu verstehen, auch hie und da noch Proben früherer Kenntnisse und Fertigkeiten liefert, etwa gut Schach spielt, auf der Landkarte Bescheid weiss, beim Bäumeroden besonders brauchbar ist, lernt er nichts mehr hinzu, hat gar kein Gedächtnis, „viel zu kurzen Sinn“, „keinen Sinn und Begriff für nichts“. Er „arbeitet ohne Ausdauer und Verständnis“; „der Wille ist gut, das Vollbringen schwach“; zu selbständiger Tätigkeit ist er nicht fähig, kennt Ordnung und Reinlichkeit nicht mehr, spielt mit Bildern wie ein Kind. Manche Kranke sind eigenwillig, abweisend, ziehen sich zurück, bleiben dauernd im Bett, sprechen nichts oder murmeln nur unverständlich vor sich hin, halten sich unrein. Andere bleiben lebhafter, aber faselig, zerfahren, reizbar, unruhig, äussern zusammenhangslose Reste von Wahnbildungen.

Besonders bei diesen letzteren Formen kommt es zur Bildung jener stehenden Manieren, deren Anfänge wir in den früher beschriebenen Stereotypen vor uns haben. Dahin gehören u. a. die eigentümlichen Stellungen und automatenartigen Bewegungen, das Gehen auf einem Strich, das krampfhafte Andrücken der gespreizten Finger an einzelne Körperteile, Festhalten eines Ohrläppchens, Auszupfen der Haare, das zwangsmässige Kopfschütteln und Nicken, die Zungen- und Lippenbewegungen, das Zähneknirschen, Augenrollen, Gesichterschneiden, Lachen, die hanswurstartigen Gebärden, die Fingerspielereien, das plötzliche Ausfahren. Manche dieser Gebärden erinnern an Verlegenheitsbewegungen, Seitwärtsdrehen des Kopfes, leichtes Achselzucken, Wischen oder Zupfen an den Kleidern, Greifen an den Kopf, Streichen der Haare, Spreizen der Finger; sie pflegen beim Anreden stärker zu werden. Ferner sind die ausserordentlichen Frisuren zu erwähnen, die schrullenhafte Anordnung und Auswahl der Kleidungsstücke, das Zurückweisen gewisser Speisen, die wiederholte, vorübergehende Nahrungsverweigerung, die Bevorzugung bestimmter Türen und Betten, das Herumrücken der Möbel, das häufige Aufsuchen des Aborts, das Räuspern, Schnauben, Hüsteln, Grunzen, Blasen, Röcheln und namentlich gewisse Sonderbarkeiten beim Essen. Häufig greifen die Kranken einfach mit den Händen in den Teller hinein, fahren auf die grosse, gemeinsame Schüssel los, stopfen hastig den Mund so voll wie möglich und schlingen herunter, fast ohne zu kauen. Oder der Löffel wird ganz leicht

mit den Fingerspitzen erfasst, oft am äussersten Ende, der Stiel zum Essen benutzt; es wird mit der Gabel regelmässig vor jedem Bissen 2—3 mal im Essen herumgestochert, das Gemüse in eine Reihe gleicher Häufchen geteilt, die Hand vorher mit der Jacke umwickelt, die Nase mit in die Suppe gesteckt, oder es muss zwischen je zwei Bissen ein Schluck getrunken, bis 12 gezählt werden u. ähnl. Andere schlecken die Suppe wie ein Hund oder giessen sie unter reichlichem Verschütten ohne weiteres in den Mund, pressen den Gemüseteller glatt auf ihr Gesicht und lecken ihn so allmählich aus. Eine meiner Kranken fasste zwar den Löffel ganz richtig mit der rechten Hand, führte ihn aber hinter ihrem Kopfe herum von der linken Seite zum Munde; eine andere verkroch sich beim Essen unter die Bettdecke. Nicht selten verschlingen die Kranken ganz unglaubliche Mengen der verschiedensten Nahrungsmittel, aber auch ganz unverdauliche Dinge, hie und da sogar ihre eigenen Ausleerungen.

Endlich pflegen sich vielfach auch die oben geschilderten Eigentümlichkeiten des Sprechens und Schreibens zu erhalten. Einzelne Kranke bleiben Jahr und Tag stumm, obgleich sie längst völlig besonnen, klar und geordnet geworden sind und sich schriftlich ganz gewandt ausdrücken; die Sprache kann dann ganz plötzlich wiederkehren, ohne dass die Kranken für ihre Stummheit andere, als ganz nichtssagende Gründe anzuführen vermöchten; sie hätten nicht gekonnt, nicht gewollt oder gedurft. Auch die Sprachverwirrtheit kann in ausgeprägtester Form zurückbleiben, wenn der Kranke in seinem Benehmen längst leidlich geordnet erscheint. Namentlich in der Erregung fördern solche Kranke leicht wieder den blühendsten Wortsalat zutage, während sie sich bei ruhigem Sprechen vielleicht ganz verständlich auszudrücken vermögen. Bisweilen kann sich übrigens die Sprachverwirrtheit selbst nach langjährigem Bestehen noch wesentlich bessern und fast ganz verlieren. Das war z. B. bei dem Kranken der Fall, der den nachfolgenden Brief geschrieben hat und sich jüngst in völlig geordneter Weise um eine Anstellung bewarb:

„Der sentimentale Beruf der Welschneureuther Bürger erheischt nach dem erhabenen Geburtstagsfest Sr. Majestät des erlauchten Königs Wilhelm Karl vor allem seine gesamten geistigen Kräfte zu sammeln, um ihrer seelsorglichen Fürbitte in dem Herrn gerecht zu werden. So haben es sich 40 angesehene Sturmpatrioten in Anbetracht der Aufhebung der Statuten der Universität Erlangen

zum heutigen angelegen sein lassen, als erste rückwirkende Negative in analogisch-patriotischem Sinne zu bekräftigen. Die Art. 1 der Welschneureuther Verfassung, bestehend in brennbar verfügbarem Kriegsmaterial Sr. Majestät zur allergnädigsten Disposition zu stellen, ferner die ruchbarsten Handlungen wie Umgang mit Vieh, Schafen und welschen Hahnen gehorsamst einzustellen. Damit nun die erlauchte Königsgesellschaft bei transportabler aller zur Nachsicht empfehlenden Gemüther keiner Concurrenz von Seiten der nachbarlichen Staaten unterworfen werden kann, so schwören wir bei Geniessung von Steig Waren nur Jedem allein zu dienen, eine Folgerung der periodisch mechanisch zu ziehenden Bilanz des 19. Jahrhunderts nur dann abzubrechen, wenn wir in unseren Meinungen unserem erhabenen Herrscher gegenüber erwartungsvoll getäuscht und als nützliche Rathgeber eines gesunden Alterthumsmuseums betrachtet werden können u. s. w.“

Im ganzen ist hier das Satzgefüge noch einigermassen gewahrt, so dass dieses Gefasel bei unaufmerksamem Lesen oder unvollkommenem Sprachverständnisse allenfalls den Eindruck eines innerlichen Zusammenhanges machen könnte. Bei genauerem Zusehen ist davon freilich keine Rede mehr. Stets tritt bei solchen Kranken die Neigung zu tönenden Redensarten, geschraubten Wendungen, Fremdwörtern und Wortneubildungen hervor. Einer meiner Kranken, der sich mündlich ganz verständig ausdrückte, lieferte eine Menge von Schriftstücken nach folgendem Muster, voll leeren Wortschwalles in endlosen Wiederholungen:

Im Namen des Fürsten in Finsternis
Im Namen des Fürsten in Licht
Heilige, allmächtige Quellen
Heiligen, ewigen Lebens
Im Namen der heiligen allmächtigen Erde
Dem heiligen, allmächtigen Gott
Im Namen aller allmächtigen Geister
Im Lichte, im Schatten
Blut alles Blutes in allem Leibe
Blut alles Blutes in Allem Geiste
Blut alles Blutes in Aller Erde
Geist alles Geistes in Allem Geiste
Geist alles Geistes in Aller Erde
Geist alles Geistes in Allem Leibe
Heilige Erde in Heiligem Leibe
Heilige Erde in Heiligem Geiste
Heilige Erde in Heiligem Blute
Mensch aller Menschen in allen Menschen u. s. f. u. s. f.

Eine andere Kranke schrieb lyrische Gedichte in selbsterfundener Sprache nieder, von denen ich wenigstens einen Vers anführen will:

Stanzuru vimmt den Bark zum Obendrob
Heuschend lagert ein Bigart im Striehen Obss
Leulend, lagernd, bimmt die Bimbii im Hyurisch
Bordent blickt Aug im Drugsag des Auggehoks
Rastend blickt die Staniza im Herz eingelallt
Schwächend irrt Corpus im trausen Lauf gedalt
Zu einem armen kranken Cornt von Erdgedob.

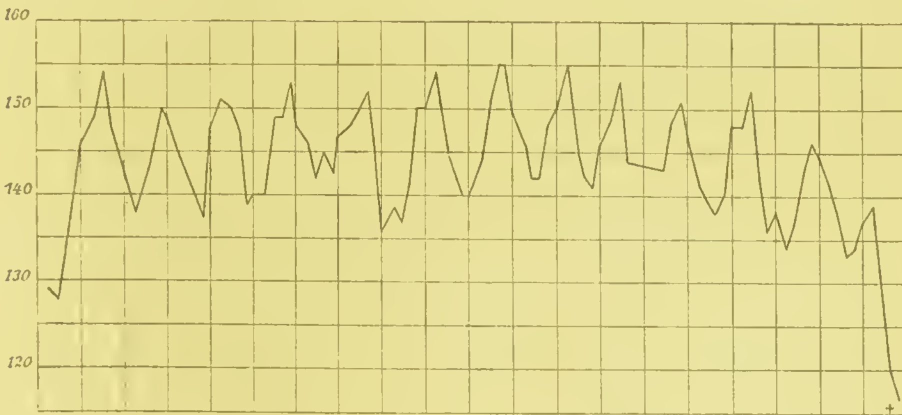
Bei der überwiegenden Mehrzahl der verblödeten Katatoniker werden zeitweise Erregungen beobachtet, bald alle paar Wochen, bald in längeren Zwischenräumen. Die Kranken, die so lange ruhig und fügsam waren, sind einige Tage reizbar, missmutig, drohend, hallucinieren, verweigern die Nahrung oder brechen plötzlich in verwirrtes Schimpfen aus, äussern Verfolgungsideen, zerstören einige Fensterscheiben, werfen das Essen auf den Boden, machen einen sinnlosen Angriff oder einen Selbstmordversuch. Nach kurzer Zeit pflegt alles vorüber zu sein, und die Kranken selbst vermögen dann über die Beweggründe ihres Handelns keine Rechenschaft mehr zu geben. Bei fortschreitender Verblödung scheinen sich diese Anfälle mehr und mehr zu verlieren.

In etwa 27% meiner Fälle wurden die schwersten Grade der Verblödung nicht erreicht, doch ist natürlich eine strengere Abscheidung unter diesem Gesichtspunkte nicht möglich. Es handelt sich um solche Kranke, bei denen die auf der Höhe der Krankheit gebildeten Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen und ebenso die auffallenderen katatonischen Erscheinungen vollkommen verschwinden, unter Umständen erst nach Jahren. Die Mehrzahl der sogenannten Spätheilungen, bei denen wider alles Erwarten nach überaus langwierigem Krankheitsverlaufe doch noch eine weitgehende Besserung eintritt, sind sicherlich hierher zu rechnen; um wirkliche Heilungen handelt es sich dabei in der Regel nicht. Die Kranken werden zugänglich, geordnet, arbeitsfähig und können wieder in ihre häuslichen Verhältnisse zurückkehren, vielleicht auch wieder auswärts arbeiten. Allein es ist eine tiefgreifende Veränderung mit ihnen vor sich gegangen. Ihre geistige Frische ist geschwunden; sie sind vergesslicher, urteilsschwächer, stumpfer geworden, unselbständig, ohne rechte Tatkraft und ohne

Ausdauer, verlangen nicht nach Hause, weigern sich auch wohl geradezu, die Anstalt zu verlassen. Sie haben keinen Überblick mehr, können kein Geschäft, keinen grossen Haushalt leiten, wissen mit Geld nicht umzugehen, geben aus, was sie in die Hand bekommen. Viele dieser Kranken sind still, unfrei, gedrückt, misstrauisch, abweisend, andere vielmehr selbstbewusst, geziert, kindisch heiter, prahlerisch oder zappelig, reizbar. Spuren von Katalepsie, Gesichterschneiden, grundloses Lachen, allerlei kleine Schrullen, übertriebene Höflichkeit, Manieren beim Handgeben, beim Essen, bei der Arbeit lassen sich vielfach nachweisen. Öfters besteht grosse Ermüdbarkeit und ein ungemein starkes Schlafbedürfnis.

Namentlich diese Fälle sind es, die nicht selten einen ausgesprochen periodischen Verlauf zeigen. In kürzeren oder längeren Zeitabständen treten Erregungen auf, deren Dauer in der Regel nicht über einige Tage oder Wochen hinausgeht. Die Kranken schwatzen, meist ziemlich verworren und einförmig, sind ablenkbar, aber wenig zugänglich, gehobener Stimmung und zeigen einen lebhaften, unter Umständen stürmischen Bewegungsdrang, der in seiner Ziellosigkeit und Stereotypie, in seiner Triebartigkeit und Unbeeinflussbarkeit die Kennzeichen der Katatonie darbietet. Bisweilen wiederholen sich diese Anfälle erst nach einer Reihe von Jahren. Es ist mir indessen wahrscheinlich geworden, dass hierher wohl auch eine Gruppe von Fällen gehört, bei der die Erregungen wie die Zwischenzeiten jeweils nur wenige Wochen andauern, so dass ein ziemlich regelmässiger Wechsel zwischen Erregung und Beruhigung entsteht. Beim weiblichen Geschlechte schliesst sich der Ausbruch des Anfalles häufig an die Menstrualperioden an, in der Weise, dass mit dem Eintritte der Menses oder kurz vorher auch der Anfall beginnt, um dann etwa 1—2 Wochen anzudauern, bis er einer gewöhnlich etwas längeren freien Zwischenzeit weicht (menstruelles Irresein). Nachdem höchstens leichte Andeutungen des beginnenden Anfalles, grundloses Lächeln, Blitzen der Augen, Herumwandern, voraufgegangen sind, entwickelt sich von einem Tage zum andern, oft mitten in der Nacht, das Bild einer schweren tobsüchtigen Erregung. Das Körpergewicht nimmt dabei regelmässig rasch ab, bisweilen um 5—8 Pfund in 24 Stunden (Fürstner). Die Figur X veranschaulicht den Gang desselben während einer längeren Reihe von Anfällen.

Der Eintritt der Beruhigung vollzieht sich in der Regel ebenso schnell wie derjenige der Erregung, wenn man auch meist schon gegen das Ende des Anfalles eine leichte Abnahme der Verworrenheit und Unruhe bemerken kann. Der Kranke ist nun mit einem Male geordnet, aber auffallend still, gleichgültig, stumpf und gewinnt in der Regel keine vollständige Einsicht in die krankhafte Natur seines Zustandes, wenn er sich auch vieler Einzelheiten desselben noch gut erinnert. Vielmehr sucht er die überstandene Aufregung als etwas ganz Harmloses oder als durch



Figur X.
Dementia praecox. Rascher, ununterbrochener Wechsel von Erregung und Stumpfheit. Bei jedem Einsetzen der Erregung Sinken des Körpergewichtes.

die Umgebung, die Zurückhaltung in der Anstalt und dergl. veranlasst hinzustellen. Er hält sich schon am ersten Tage der eingetretenen Beruhigung für völlig gesund und drängt auf Entlassung. Eine gewisse körperliche Erholung pflegt sich dann rasch zu vollziehen, doch bleibt das Körpergewicht auch während der nun folgenden Zwischenzeit häufig niedriger, als in früheren, gesunden Zeiten.

Die Anfälle können sich in der geschilderten Weise mit der grössten Regelmässigkeit lange Zeit hindurch wiederholen. Vielfach indessen tritt nach einer grösseren Gruppe ein längerer oder auch dauernder Stillstand ein. Oder aber die Anfälle dehnen sich aus und werden nur noch durch kurze freiere Zwischenzeiten unterbrochen. Regelmässig kommt es aber im einen wie im anderen Falle zur Entwicklung eines ausgeprägten psychischen Siech-

tums mit Gedankenarmut, Urteilsschwäche, gemütlicher Stumpfheit und Willenlosigkeit.

Früher habe ich diese Formen dem manisch-depressiven Irresein zugerechnet. Ich kann auch heute nicht in Abrede stellen, dass vielleicht bei jener Krankheit ähnliche Bilder vorkommen. Dagegen glaube ich mich davon überzeugt zu haben, dass mindestens ein grosser Teil der periodischen, nicht cirkulären Tobsuchten mit kurzen Anfällen und Zwischenzeiten dem Gebiete der Katatonie angehört. Dafür spricht nicht nur der Ausgang in schwere Verblödung, sondern auch der Umstand, dass die Anfälle oft genug nur einen Abschnitt in einem längeren, vorher einsetzenden und nachher fortschreitenden Krankheitsverlaufe bilden, der die Züge der Dementia praecox darbietet. Auch die Erregungszustände selbst pflegen weit mehr dem Bilde der Katatonie, als demjenigen der Manie zu entsprechen. Allenfalls könnte man daran denken, dass es sich hier vielleicht um eine besondere Krankheitsform handelt.

Die leichtesten Grade der katatonischen Schwächezustände gehen ohne scharfe Grenze in diejenige Gruppe von Fällen über, die wir als geheilt zu betrachten pflegen. Unter meinen Beobachtungen möchte ich etwa 13% dahin rechnen. Hier verschwinden alle krankhaften Störungen so vollständig, dass die Genesenen ihre Stellung im Leben ganz wie früher wieder ausfüllen. Ich darf indessen nicht verschweigen, dass sich auch bei einigen der hierhin gerechneten Fälle noch ganz leichte Reste der überstandenen Krankheit bemerkbar machten, etwas verschrobene Beurteilung der krankhaften Erlebnisse, Zucken im Gesicht, stilleres Wesen, gezwungene Bewegungen, Andeutungen von Katalepsie. Noch schwerer fällt vielleicht der Umstand ins Gewicht, dass die Dauer der Genesung bisher vielfach nur einige Jahre hindurch sicher gestellt worden ist. Wir wissen aber, dass bei der Katatonie selbst nach 1—2 Jahrzehnten noch schwere und zu tiefem Blödsinn führende Rückfälle eintreten können. Ich habe schon eine ganze Reihe meiner anscheinend geheilten Katatoniker wieder erkranken sehen und muss es daher einstweilen offen lassen, wie viele der angeführten Genesungen wirklich im strengsten Sinne und dauernd als solche anzusehen sind. Einzelne Beobachter, so Aschaffenburg, sind geneigt, anzunehmen, dass auch in den anscheinend günstigsten Fällen von Katatonie immer eine leichte

dauernde Veränderung zurückbleibe. Meyer sah 20—25% seiner Kranken soweit genesen, dass sie wieder ihrer Berufstätigkeit nachgehen konnten und der Umgebung gesund erschienen; seine katamnestischen Feststellungen erstrecken sich indessen nur über wenige Jahre.

Jedenfalls wird die Vorhersage bei der Katatonie dadurch ausserordentlich erschwert, dass wir in einer grossen Zahl von Fällen mehr oder weniger plötzliche Nachlässe aller Krankheitserscheinungen beobachten. Die Kranken werden besonnen, klar und einsichtig, meist freilich nur auf kurze Zeit, für Stunden oder Tage. Der Eindruck dieser unvermuteten, weitgehenden Besserungen ist ein überraschender. Wir treffen den Kranken, der bis dahin in seinem unsinnigen Treiben oder seiner Versunkenheit ganz verwirrt zu sein schien, mit einem Male ruhig und vollständig geordnet an. Er kennt Zeit und Ort, die Personen seiner Umgebung, erinnert sich an alle Ereignisse, auch an seine eigenen unsinnigen Handlungen, gibt zu, dass er krank ist, schreibt einen zusammenhängenden, vernünftigen Brief an seine Angehörigen. Freilich wird man bei genauer Prüfung niemals eine gewisse Gebundenheit des Wesens, eigentümlich gehobene oder verlegene Stimmung wie den Mangel eines wirklich klaren Verständnisses für die gesamten Krankheitserscheinungen an ihm vermissen. Ebenso unvermittelt, wie sie gekommen, pflegen diese Nachlässe der Krankheit auch wieder zu verschwinden. Sie sind am häufigsten in den Erregungszuständen, weit seltener und unvollkommener beim Versinken in den Stupor.

In einer ziemlich grossen Zahl von Fällen, nach meiner Zusammenstellung bei etwa 20% der Kranken, können die Nachlässe der Krankheit aber auch lange Zeit hindurch andauern, so dass sie der Genesung gleichen. Fast immer freilich bleiben auch während der Zwischenzeiten gewisse Eigentümlichkeiten im Wesen der Kranken zurück, welche darauf hindeuten, dass es sich nicht um wirkliche Heilungen gehandelt hat. Dahin gehört namentlich unfreies, gezwungenes, geziertes oder auffallend stilles, zurückgezogenes Benehmen, Reizbarkeit, unvollkommene Krankheitseinsicht. Eine meiner Kranken, die bis dahin ein anständiges Mädchen gewesen war, gebar in einer solchen fünfjährigen Remission 3 uneheliche Kinder, deren letztes sie aus Unachtsamkeit

erstickte; in der Untersuchungshaft trat dann ein neuer, sehr heftiger Anfall katatonischer Erregung auf, der zu einfacher Verblödung führte. Sieben Jahre später überstand sie in der Anstalt nochmals eine schwere, rasch vorübergehende Erregung. Die Wiedererkrankung erfolgt meist innerhalb der ersten 5 Jahre, kann aber in einzelnen Fällen auch noch nach 7, 10 und selbst 20 Jahren eintreten.

Leider ist es mir bisher noch nicht möglich gewesen, bestimmte Anhaltspunkte aufzufinden, aus denen man Schlüsse auf den mutmasslichen Ausgang des einzelnen Falles ziehen könnte. Wenn wir die Heilungen gewissermassen als dauernde Remissionen betrachten, so würde die Frage zu beantworten sein, welche Fälle Aussicht auf den Eintritt von weitgehenden Remissionen gewähren, und wie lange man berechtigt ist, noch auf den Eintritt einer solchen zu hoffen. Ohne Zweifel führen im allgemeinen mehr die rasch entstandenen Störungen, die ausgeprägten Stupor- und Erregungszustände, zur Remission, ganz ähnlich wie bei der Paralyse. Da ein akuter Beginn bei der Katatonie ungleich häufiger ist, als bei den hebephrenischen Formen, dürfen wir darauf auch wohl die günstigere Prognose jener ersteren zurückführen. Die Wahrscheinlichkeit einer erheblichen Besserung dürfte ferner um so geringer werden, je mehr sich diejenigen Eigentümlichkeiten ausbilden, die wir bei der grossen Zahl endgültig ungeheilter Fälle im Vordergrunde stehen sehen. Dahin gehören einmal der Verlust der gemütlichen Regsamkeit bei erhaltener Auffassungsfähigkeit, das Auftreten unsinniger Wahnbildungen ohne Affekt oder Erregung, ferner die feststehenden Manieren und Stereotypen, endlich die periodischen, unvermittelten Verstimmungen und Erregungen. Es ist natürlich vorderhand nur eine Vermutung, dass die Entwicklung dieser und vielleicht noch mancher anderer Zeichen die Ausbildung eines unheilbaren Endzustandes bedeutet, doch scheinen mir viele Erfahrungen dafür zu sprechen; eine sehr grosse Anzahl unter diesem Gesichtspunkte planmässig fortgesetzter Beobachtungen wird uns allmählich darüber Klarheit bringen.

Freilich ist es nicht immer leicht, sich über das Bestehen jener Zeichen selbst volle Sicherheit zu verschaffen. Gleichgültigkeit gegenüber den Vorgängen in der Umgebung kann auch durch

Negativismus oder durch Benommenheit vorgetäuscht werden. Erst dann, wenn die Kranken trotz völliger Besonnenheit und ohne Zeichen des Negativismus gar keine Teilnahme mehr für ihre Mitkranken, ihre Angehörigen, ihren Beruf zeigen und den Widerspruch gegen ihre abenteuerlichen Wahnvorstellungen ganz gleichgültig hinnehmen, dürfen wir auf eine wirkliche Vernichtung der gemütlichen Regsamkeit schliessen. Ebenso werden nur die wirklich lange Zeit festgehaltenen und völlig erstarrten Stereotypen und endlich nur diejenigen Verstimmungen und Erregungen für die Beurteilung der Heilungsaussichten zu verwerten sein, die in einigermassen regelmässigen Zwischenzeiten plötzlich auftauchen und nach ganz kurzer Dauer ebenso wieder verschwinden. Auf der anderen Seite dürfte das Fortbestehen eines ausgesprochenen Negativismus mit Stupor selbst nach sehr langer Zeit die Möglichkeit einer weitgehenden Besserung zulassen; wenigstens kennen wir Fälle, in denen aus dem negativistischen Stupor heraus noch nach 3, 5, ja 8 Jahren eine überraschende Heilung mit Defekt erfolgte. Ob wir freilich in solchen Fällen mit mehr als ganz entfernten Möglichkeiten rechnen dürfen, bedarf noch der weiteren Erforschung.

Eine letzte Verlaufsart führt die Kranken zum Tode. In einzelnen Fällen kommt es vor, dass dieselben unter den Erscheinungen heftigster Erregung anscheinend an Erschöpfung, auch wohl infolge von Verletzungen oder anderer Zufälle, zugrunde gehen. Weit häufiger jedoch ist die Entwicklung der Tuberkulose bei den regungslos daliegenden, nur sehr oberflächlich atmenden und schwer zu pflegenden Kranken. Die Sterblichkeit wird auf diese Weise gerade für die verblödeten Endzustände der Katatonie eine verhältnismässig grosse.

In einigen Fällen, die unter dem Bilde des Delirium acutum zugrunde gingen und von ihm der Katatonie zugerechnet werden, hat Alzheimer*) schwere Veränderungen an den Rindenzellen, besonders der tiefen Schichten, beschrieben. Die Kerne erschienen hochgradig aufgebläht, die Kernmembran stark gefaltet, der Zellleib bedeutend geschrumpft mit Neigung zum Zerfall. In der Glia liess sich krankhafte Neubildung von Fasern feststellen,

---

*) Alzheimer, Centralbl. f. Psychiatrie, 1900, 296.

welche die Zellen in eigentümlicher Weise „umklammerten". Nach längerem Krankheitsverlaufe sah Nissl regelmässig ausgedehnte Veränderungen an den Zellen, die indessen der Art wie dem Grade nach recht grosse Verschiedenheiten darboten. Anscheinend war auch eine nicht geringe Zahl von Zellen bereits zugrunde gegangen, doch zeigte sich keinerlei Schrumpfung der Rinde. Namentlich in den tieferen Schichten fanden sich zahlreiche, in Rückbildung begriffene, mächtige Gliazellen, wie sie unter normalen Verhältnissen nur im Rindensaume vorkommen. Besonders auffallend waren ferner überall Gliazellen mit kaum gefärbtem Zellleib und bläschenhaftem, eigentümlich blassem, sehr grossem Kern, die vielfach an die erkrankten Nervenzellen dicht angelagert, ja in dieselben hineingedrängt erschienen, meist an der Basis, wie die gewöhnlichen Trabantkerne, aber auch an anderen Stellen. Auch diese Gebilde liessen sich ganz vorzugsweise in der inneren Zone der Markleistenschicht nachweisen. Die Figur 1 der Tafel IV gibt ein Bild aus der genannten Rindenschicht von der vorderen Centralwindung, das mit Zeiss 2,0 homogener Immersion, Apertur 1,30, Projektionsokular II bei einem Abstande von 1 Meter gewonnen wurde. Wir unterscheiden hier 4 Nervenzellen, a, b, c und d, von denen sich namentlich die letztere bereits in hochgradigem Zerfall befindet, während an den ersteren wenigstens noch Fortsätze sichtbar sind. Ferner sind eine ganze Anzahl der geschilderten blasigen Gliakerne (g) mit wandständigem Kernkörperchen erkennbar, die von äusserst lockerem Zellleibe umgeben sind. Diese Gebilde umlagern in dichter Menge die halbzerstörten Nervenzellen und erscheinen in deren Ausbuchtungen hineingedrängt. Der Befund würde sich recht gut mit dem von Alzheimer am Gliabilde gewonnenen Eindrucke der „Umklammerung" decken. Wir haben hier den Vorgang der „Neuronophagie" vor uns, der übrigens nur dahin zu verstehen ist, dass der Raum der einschmelzenden Nervenzellen von wuchernden Gliazellen eingenommen wird. Weder dieser Vorgang noch die Art der Gliazellen sind an sich der Katatonie eigentümlich; dagegen finden sich die hier beschriebenen Bilder bei jener Krankheit regelmässig ganz auffallend verbreitet in den tieferen Rindenschichten.

Paranoide Formen. Sowohl bei der Hebephrenie wie bei der Katatonie sind ausgeprägte Wahnbildungen überaus häufig. Wäh-

rend sie aber dort in der Regel nach verhältnismässig kurzer Zeit wieder zu verblassen pflegen, haben wir nunmehr eine Gruppe von Krankheitsbildern ins Auge zu fassen, bei denen neben den Erscheinungen einer rasch sich entwickelnden psychischen Schwäche unter vollkommener Erhaltung der Besonnenheit Wahnvorstellungen und meist auch Sinnestäuschungen viele Jahre hindurch die hervorstechendste Störung bilden. Man rechnet diese Formen daher meist zur Verrücktheit; sie scheinen mir jedoch wegen der schnellen Verblödung mehr dem Gebiete der Dementia praecox nahe zu stehen. Dazu kommt, dass sie nicht selten akut beginnen und vielfach einzelne katatonische Zeichen darbieten, stuporöse Zustände, Erregung, Manieren, Wortspielereien, Wortneubildungen, Sprachverwirrtheit.

Eine erste Gruppe hierher gehöriger Fälle habe ich als Dementia paranoides beschrieben. Es handelt sich dabei um das dauernde Bestehen massenhafter, zusammenhangsloser, immerfort wechselnder Verfolgungs- und Grössenideen mit leichter Erregung. Das Leiden pflegt, wie die übrigen Formen der Dementia praecox, mit den allgemeinen Erscheinungen einer leichten Verstimmung, Kopfschmerzen, Mattigkeit, Schlaflosigkeit, Unlust zur Arbeit, Reizbarkeit, innerer Unruhe zu beginnen. Alsdann wird der Kranke ziemlich plötzlich erregt, ängstlich, verstört, betet viel, führt eigentümliche Reden und entwickelt unversehens eine Menge von Wahnideen. Der Kranke meint, dass man ihn überall scharf beobachte, sonderbare Fragen an ihn richte, gegen ihn intriguiere, ihn vergiften wolle, alle seine Gedanken offenkundig mache. Ungemein rasch gewinnen diese Vorstellungen einen durchaus abenteuerlichen Inhalt. Ein junger Offizier erzählte schon wenige Monate, nachdem die ersten Veränderungen bei ihm wahrgenommen waren, sein Arzt habe ihm den Kopf abgeschnitten, den Leib geöffnet, die Gedärme herausgenommen; er habe einen Pferdefuss bekommen. Nachts werden mephitische Dämpfe ins Zimmer gelassen, Schröpfköpfe angesetzt, Einspritzungen vorgenommen, die Muttergefühle herausgedreht, die Nerven ausgerissen; der Leib wird bis in den Hals hinein durchsucht, am After gezupft, das Blut ausgedörrt, das Fleisch vom Körper abgemacht, die Gedanken gelesen, das Ge-

sicht verzerrt und heimlich photographiert; es wird Magie und Sympathie angewandt. Der Kranke wird in den Kamin eingemauert, von der Fabrik, von der Kirche mit einem Rad lebendig herausgeschmissen, von boshaften Menschen abgemartert. Das Vieh frisst nicht mehr wie früher, ist verhext; der Mann ist verändert, hat keinen rechten Glauben mehr; in den Speisen ist Gift. Alles ist umgewendet und Blendwerk; das „Bleichbuch" ist aufgemacht; das Weltende steht vor der Tür; der Pfarrer ist totgeschlagen und eingegraben worden.

Zugleich treten meistens Gehörstäuschungen auf. Alle schwätzen aus der Wand; durch das Telephon wird das ganze Land aufgemacht; es sind Männer im Hause; es ist eine Listigkeit und Heimlichkeit hinter dem Kranken; er ist in ganz Deutschland als Spion bekannt gemacht; jemand ruft: „Donnerwetter, hat der Kerl Ohren!" Seltener sind Gesichtstäuschungen, das Sehen von Gespenstern, blutigen Männerköpfen, baumelnden Leichen.

Gewöhnlich bemächtigt sich des Kranken nunmehr eine gewisse Erregung. Er wird ängstlich, aufbrausend, streitsüchtig, lacht, weint und singt durcheinander. Dabei pflegt die Orientierung nicht verloren zu gehen. Dennoch kommt es oft genug zu den unnatürlichsten und folgenschwersten Handlungen, zu Selbstmord, gefährlichen Angriffen und Brandstiftung. Eine meiner Kranken brachte ihren Kindern schwere Verletzungen bei, um ihnen durch den Tod das nach ihrer Meinung gefährdete Seelenheil zu verschaffen. Eine andere erschlug fast ihren ruhig schlummernden Mann, um ihn von seinen Leiden zu erlösen, da ihr der Gedanke kam, er liege im Sterben; später griff sie nachts die Wärterinnen an, weil sie ihr mit der Wachuhr die Eingeweide aus dem Leibe rissen.

In der Regel dauert diese einleitende traurige oder ängstliche Verstimmung nicht sehr lange. Vielmehr tritt meist sehr bald eine expansive Färbung der Stimmung wie der Wahnideen immer stärker hervor. Die Kranken werden heiter, überschwänglich, geschwätzig, bezeichnen sich als Freifrau, Kaiserin, Stellvertreterin der Jungfrau Maria, sind mit dem Weltkaiser schwanger, verlangen, Majestät angeredet zu werden.

In einer Anzahl von Fällen beginnt nun die unaufhaltsame Entwicklung des blühendsten und unsinnigsten Grössenwahnes

ohne Mass und Ziel. Der Kranke ist vertauschtes Kind, Graf Eberstein, Monarch, Maria Theresia, nach der Weltordnung Kaiserin von Frankfurt, Ideal der Frauenwelt, allerheiligste Göttin, Präsident von Amerika aus Hamburg, Pius IX. und Leo XIII. in einer Person, ist Jesasus Christasusaesus Heilandasus, „Sinngott", Arzt, Dichter, Entdecker, Universalgenie, Perle und Inbegriff des Weltalls; er weiss alles, kann alles, gebietet über alles. Er stammt vom Herzog von Brabant, von den Propheten ab, dem ersten Abglanz der Sonne, ist gar nicht auf natürliche Weise zur Welt gekommen, wurde im Amazonenstrom aufgefischt, aus Blut und Speichel zusammengerieben, hat schon viele Male gelebt, die fabelhaftesten Dinge durchgemacht, alle historischen Begebenheiten geleitet, alle Kriege geführt, ist durch Himmel und Hölle geflogen; er war selber Alexander und Cäsar, Mohammed und Luther, Goethe und Humboldt. Er hat die schönsten Weiber, unzählige Kinder, besitzt die Afrikanermethode des Lebens; da kann man gar nicht sterben.

Das Reich Gottes ist auf ihn herniedergekommen, sein Gedächtnis bis in die Wolken ausgebildet worden; durch ihn werden die Jahrhunderte belohnt und Deutschland befreit. Der liebe Gott hat ihm alles gezeigt; er kann Vulkane essen, trägt sein Gehirn auf der Schulter, hat sich unserm Herrgott als Wildsau zur Verfügung gestellt. Er besitzt die prachtvollsten Schlösser in fremden Weltteilen mit selbsterfundenen wunderbaren Namen, wo er von Geistern bedient wird, grossartige Ländereien auf der Sonne, auf den Sternen, ein unermessliches Vermögen; er wird die Prinzessin heiraten, den Glaubenskampf durchkämpfen, die Welt erlösen, als französischer Fahnenträger aufgestellt, weiss, was die Fahnen bedeuten, die von der Gedächtniskrönung auf ihn Bezug haben; es ist ein Wunder, wie es nicht mehr in dem Jahrhundert vorkommt.

Entsprechend diesem ungeheuerlichen, vielfach wechselnden und an die Paralyse erinnernden Grössenwahn gestalten sich auch die nebenher laufenden Verfolgungsideen, die jetzt meist mit lachendem, strahlendem Gesichte vorgebracht werden. Entsetzliche Kämpfe hat der Kranke schon mit feindlichen Mächten zu bestehen gehabt von Anbeginn der Welt; 2000 mal ist er vergiftet, mit Höllenmaschinen in die Luft gesprengt, auf den Geist

getötet, durch Gipsverbände klein gezogen worden; unzählige Geschosse haben seinen Leib durchbohrt. Seine Glieder sind ihm abgehauen, der Kopf vom Rumpfe getrennt worden; der ganze Leib wurde eingeschmolzen, die Genitalien verstümmelt, aber wie der Phönix aus der Asche hat sich der Kranke aus allen diesen Unfällen triumphierend wieder erhoben, seinen Körper selbst neu aus unzerstörbarem Stoffe wieder hergestellt und seine Widersacher zerschmettert. In der Regel lassen sich diese Wahnvorstellungen durch Zureden in beliebiger Weise beeinflussen und durch Einwendungen zu immer ungeheuerlicheren Gestaltungen steigern. Vielfach gibt der Lesestoff den Anstoss zu neuen Erfindungen.

Auch der Inhalt der Sinnestäuschungen nimmt an der Wandlung der Krankheitsbildes teil. Engel steigen vom Himmel herab; der liebe Gott, Kaiser Wilhelm in Galauniform erscheint den Kranken, von Fahnen und Sternen umgeben. Sie sprechen alle Tage mit dem lieben Gott, werden nach Befehl vom Telegraphen zum Jesus Christus von Österreich ernannt; die Herzensstimme spricht von Macht und Reichtum; die Ohrenstimme sagt Gönnersprüche. In der Nacht, im Traume unternehmen sie wunderbare Reisen über die ganze Erde, auf herrlichen Schiffen, in die schönsten Marmorsäle, ja durch das Weltall, zum Erdteil hinter dem Monde, haben nächtlichen Umgang mit Prinzessinnen. „Ich bin weit draussen, wenn ich gleich in der Irrenanstalt bin,“ sagte mir ein Kranker, „und habe nicht nötig, Selbstbefriedigung zu treiben“.

All dieser sinnlose Gallimathias wird von dem Kranken in geläufiger Rede vorgebracht, oft auch in bogenlangen, nur in grossen Zügen verständlichen Aufzeichnungen niedergeschrieben. Meist ist es schwierig, dem einmal entfesselten Redestrome Einhalt zu tun. Gleichwohl besteht kein eigentlicher Rededrang und keine Ideenflucht; der Kranke schweift nicht planlos ab, hält an seinem bestimmten Gedankengange fest, spricht auch meist nicht ohne Anlass und ohne Zuhörer. Bei längerer Bekanntschaft mit ihm bemerkt man, dass gewisse Wendungen und Vorstellungen häufig wiederkehren, namentlich, wenn die anfängliche Fruchtbarkeit der Erfindung allmählich nachlässt.

Jeder Hinweis auf die völlige Ungereimtheit und Zusammen-

hangslosigkeit der von ihm geäusserten Ideen prallt an dem Kranken machtlos ab, vermag ihn höchstens in gereizte, ärgerliche Stimmung zu versetzen. Trotzdem laufen häufig Äusserungen mit unter, die auf ein gewisses Krankheitsgefühl hinzudeuten scheinen. „Es kann schon sein, dass ich geisteskrank bin,“ sagte mir ein Kranker; „ich weiss eben so gar nichts mehr von mir.“ Ein anderer erzählte, wie er im Beginne der Krankheit „einen Ruck im Gedächtnis“ verspürt habe. „Die Übernahme ist durch die Kopfkrankheit und das angespannte Gedächtnis erfolgt“; „Sie haben ja gar keine Ahnung, wie viel in meinem Kopf vorgeht; ich meine oft, er müsste mir zerspringen.“

Das Bewusstsein der Kranken ist in einzelnen Fällen ziemlich klar, meist aber etwas getrübt, namentlich nach längerer Dauer des Leidens. Sie wissen zwar, wo sie sich befinden, fassen einfache Anreden auf und geben über ihre persönlichen Verhältnisse auf eindringliche Fragen richtige, wenn auch mit unsinnigen Zusätzen verbrämte Antworten. Ihre nächsten Angehörigen erkennen sie regelmässig, bisweilen auch einzelne Personen ihrer späteren Umgebung. Fast überall jedoch besteht die Neigung, Fremde mit irgend welchen historischen oder selbsterfundenen Namen zu belegen oder sie mit früheren Bekannten zu identifizieren. Die Ärzte sind verkappte hohe Staatsbeamte, die Mitkranken der Kronprinz, Makart, Richard Wagner; ein neu eintretender Kranker wird als hoher Potentat begrüsst. Die Auffassung der wirklichen Personen ist in manchen Fällen eine ganz unklare und verschwommene; eine meiner Kranken fragte noch nach jahrelangem Anstaltsaufenthalte den eintretenden Arzt regelmässig: „War der Herr schon einmal da?“

Bisweilen erscheint dem Kranken jede neue Person als alter Bekannter, nicht weil er sie einfach verkennt, sondern weil sich an den neuen Eindruck eine Menge von Erinnerungsfälschungen anschliessen. Ihm fällt sofort ein, dass er mit dem betreffenden Herrn früher schon jahrelang zusammen gelebt, mit ihm auf dem Monde gejagt hat, von ihm geköpft worden ist. Diese Art der Personenverkennung ist offenbar nur eine Teilerscheinung der hier bestehenden Neigung zu traumhaft üppiger, zügellos freier Erfindung.

Der Verstand der Kranken leidet stets rasch und sehr be-

trächtlich. Zwar haften im Anfange manche der früher erworbenen Kenntnisse noch leidlich gut, aber sehr bald geht die Fähigkeit zu geordneten und ausdauernden geistigen Leistungen mehr und mehr verloren. Die Kranken vermögen längeren Auseinandersetzungen nicht mehr zu folgen und mischen in ihre mündlichen und schriftlichen Äusserungen sogleich ihre verworrenen, wahnhaften Abschweifungen.

Die Stimmung ist regelmässig eine gehobene. Die Kranken sind sehr selbstbewusst, hochfahrend, anspruchsvoll, betrachten sich als die Hauptpersonen, verlangen besondere Berücksichtigung, haben Eigenheiten in der Auswahl der Speisen. Manche Kranke zeigen dauernd eine gewisse Unruhe und grosse gemütliche Reizbarkeit. Sie gehen hastig auf und ab, poltern des nachts mit ihren Möbeln, kleiden sich unanständig, zerkratzen sich, schwatzen viel, haben Neigung zum Schimpfen und zu gewalttätigen Handlungen bei geringfügigem Anlass. Zeitweise kann es zu blinden Wutausbrüchen von ausserordentlicher Heftigkeit kommen, namentlich im Zusammenhange mit den Menses. Lebhafte geschlechtliche Erregbarkeit ist sehr häufig.

In anderen Fällen ist das Benehmen der Kranken geordneter, so dass sie sogar zu allerhand mechanischen Beschäftigungen heranzuziehen sind, doch pflegen sie dabei sehr launisch und wetterwendisch zu sein. Ihre Sprache wird nach und nach dunkel und schwer verständlich, namentlich durch das Einmischen selbsterfundener Ausdrücke und Wendungen, die sich allmählich zu befestigen und häufig zu wiederholen pflegen. Ein solcher Kranker gab als seine Adresse an: „Aewa owa Ouwou Aewouwio sanco to totosaak saakiou sahaia siri tou toutou. Hoch Waiowauoxyowiüowäüoxyoohoeho hächi hihi“. Es war der Name seines Schlosses. Bisweilen kommt es zu einer absonderlichen Häufung von Superlativen, indem die Kranken mit Aufgebot aller sprachlichen Hilfsmittel ihre Vorzüge und Leiden zu schildern suchen. Auch die Schriftzüge werden gross, anspruchsvoll, so dass schliesslich unter Umständen wenige Buchstaben oder Worte die Bogenseite füllen. Ein Beispiel dafür bietet die Schriftprobe V, die einem gewaltigen Bündel ähnlicher, sich endlos wiederholender Schriftstücke derselben Kranken entnommen wurde. Einen Begriff von dem Inhalte mag der folgende Ausschnitt geben:

Ich habe hier das Allerhöchste, Allerunermesslichste, Allererhabenste Allererhabendste Allerkolossalste Allergrenzenloseste Allerunumschränkteste Allervornehmste Einzig Allerhöchstes Einzig Allerunermesslichstes Einzig Allererhabenstes Einzig Allerkolossalstes Einzig Allergrenzenlosestes (so weiter 6 Bogenseiten lang) Hingebendster Liebendster Leidenschaftsvollster Allerumfassender

Schriftprobe V. Dementia paranoides.

Allerumfassendster heissester Allerheissester Verehrung Liebe Dankbarkeit, Hingebungen, Leidenschaften, Anbetungen, Anbetung besitzendes Wesen geboren..... Ich war, bin und bleibe dies, ein Allervorzüglichstes Allergrösstes Unikum der Unsterblichkeit in Vielseitigster potenzierter Weise Art Durchführung! . . . Bin fast 3 Jahre auf entsetzlichste Weise das Schlachtopfer einer bestialischsten schrecklichsten Mord- und Räuberbande, wodurch ich mit Todesqualen zum schrecklichsten Krüppel abgeschlachtet, geraubmordet wurde werde nebstbei gegen meine frühere vollendetste Schönheit in eine schrecklichste Hässlichkeit gemordet wurde, geraubmordet wurde werde es reicht bis zu meiner Geburt ich erlitt erleide als fortgesetztes Schlachtopfer aller Mord- und Räuberbanden der Erde die grenzenlosesten Morde Raubmorde Ehrenmorde ich war bin bleibe das Allervorzüglichste Vielseitigste Erhabenste Beste Unsterblichste Wesen war Ungeheuerlichst reich Grossartigste Monarchin Vieler Staaten etc. etc. etc. etc.

Man beachte die grossen Anfangsbuchstaben, das Fehlen der Satzzeichen, den Drang, durch Wiederholung, Steigerungen, Verbindung von Vergangenheit und Gegenwart möglichste Eindringlichkeit zu erreichen, endlich in der Schriftprobe die absonderliche Manier, einzelne Buchstaben (hier das m) zweimal in verschiedener Form zu setzen.

Auffallendere körperliche Störungen sind gewöhnlich bei den Kranken nicht zu bemerken; nur konnte ich einige Male eine sehr bedeutende Erhöhung der vasomotorischen Erregbarkeit beobachten, heftigstes Erröten oder Erblassen bei den leisesten Gemütsschwankungen, schon beim einfachen Sprechen. Der Appetit kann wohl während der ersten Zeit infolge von Vergiftungsideen leiden, ist aber später meist vortrefflich. Der Schlaf wird zeitweise durch nächtliche Unruhe gestört. Das Körpergewicht zeigt nur unregelmässige Schwankungen; meist gewinnen die Kranken ein blühendes Aussehen.

Der Ausgang der Dementia paranoides ist die schwachsinnige Verwirrtheit. Die Kranken bleiben dauernd besonnen und orientiert, aber ihre weitschweifigen Reden werden vielfach ein zusammenhangsloses Gefasel, in welchem für den Kundigen die Reste der früheren Verfolgungs- und Grössenideen erkennbar bleiben; weit seltener tritt die Wahnbildung allmählich in den Hintergrund. Die Stimmung zeigt selbstbewusste Heiterkeit mit zeitweiser Reizbarkeit. In ihrem Benehmen pflegen die Kranken leidlich geordnet zu sein.

Die Schnelligkeit, mit welcher diese Verblödung zustande kommt, ist nicht immer die gleiche. In manchen Fällen wird man

schon nach wenigen Monaten von den deutlichen Zeichen der geistigen Schwäche überrascht, während bei anderen Kranken selbst 1 bis 2 Jahre vergehen können, bevor die Gleichgültigkeit, mit welcher die ungeheuerlichsten Wahnvorstellungen vorgebracht und festgehalten werden, den endgültigen Zusammenbruch der Urteilsfähigkeit klarstellt. Von da ab können die Kranken ein Jahrzehnt und länger fast unverändert bleiben. Hier und da beobachten wir jedoch einen Verlauf in einzelnen Schüben. Rasch vorübergehende Depressionszustände oder Erregungen mit Grössenideen können dem eigentlichen Ausbruche der Krankheit schon mehrere oder selbst viele Jahre voraufgehen. Auch späterhin kommen Zeiten vor, in denen die Kranken ihre Wahnvorstellungen verleugnen und als „Dummheiten“ bezeichnen, freilich ohne klares Krankheitsverständnis.

Die zweite, weit umfangreichere Gruppe von Krankheitsbildern, die ich geneigt bin, vorläufig an dieser Stelle einzufügen, ist dadurch gekennzeichnet, dass abenteuerliche Wahnvorstellungen, meist von zahlreichen Sinnestäuschungen begleitet, sich in mehr zusammenhängender Weise entwickeln und eine Reihe von Jahren festgehalten werden, um dann entweder wieder zu verschwinden oder völlig verworren zu werden. Früher habe ich diese Formen als phantastische Verrücktheit der Paranoia zugerechnet, wie das allgemein zu geschehen pflegt. Allmählich jedoch ist es mir immer wahrscheinlicher geworden, dass sie der Dementia praecox näher verwandt sind, als der Paranoia. Ob es sich dabei wirklich nur um eine klinische Spielart jener ersteren Krankheit oder um ein eigenartiges Leiden handelt, wird die Zukunft zu entscheiden haben.

Die Krankheit beginnt auch hier zumeist mit mehr oder weniger ausgeprägter trauriger Verstimmung und allmählich sich einstellenden depressiven Wahnvorstellungen. Der Kranke fühlt sich unglücklich, vereinsamt, macht sich allerlei Vorwürfe, dass er durch Selbstbefleckung Körper und Geist für immer ruiniert, fremdes Eigentum unrechtmässig für sich behalten habe, hängt viel religiösen Grübeleien nach, betet fleissig, singt Kirchenlieder und trägt sich mit Todesgedanken, um grosses Unglück zu verhüten. Er wird äusserst argwöhnisch und misstrauisch, merkt,

dass seine Umgebung ihm feindlich gesinnt ist, macht überall seine „stillen Beobachtungen“. Man hustet auffällig hinter seinem Rücken, streckt ihm die Zunge heraus, ist ihm aufsässig, tut ihm alles zum Spott, stellt verfängliche Fragen an ihn. In den Zeitungen wird er „herumgeschmiert“, in Flugschriften blossgestellt; Theaterstücke enthalten Verhöhnungen seiner Person; die Reden Vorübergehender sind auf ihn gemünzt. Die Kinder auf der Strasse pfeifen und singen ihm zum Schabernack; die Nachbarn foppen ihn mit Gebärden und Anspielungen. Irgend ein Mensch trägt seine grosse Nase, sein rotes Gesicht nur zur Schau, um ihn zu ärgern; ein zufällig Vorübergehender scheint einen lebensgefährlichen Angriff zu planen. Die Frau ist dem Kranken untreu, empfängt ihn anders, als früher, schrickt bei seiner Heimkehr zusammen, plaudert im Schlafe ihr Vergehen aus; er fühlt es in seinem Herzen, dass sie es mit anderen Männern hält. Massenhafte „vermutende Gedanken“, Ahnungen, Eingebungen steigen auf. Der Kranke muss sein ganzes früheres Leben durchdenken, „in vier Stunden 19 Jahre durch sein Gehirn durchschlagen“; er müsste ein Buch schreiben, wenn er alles aufzeichnen wollte, was ihm in den Kopf kommt.

In der Regel stellen sich nunmehr auch wirkliche Gehörstäuschungen ein, mit denen die Krankheit bisweilen überhaupt ziemlich plötzlich einsetzt, Telephonstimmen, Signale aus der Luft durch den Sprachschalter. Alle schmähen und bedrohen ihn: „Der hat gestohlen, seinen Meister verschwätzt, muss per Schub heim, wird hingerichtet; die Haussuchung wird's erweisen; da wird die Frau schön gucken; Dir wird's gemacht, Du bist ein Lausbub“. Er soll zum Scharfrichter geführt werden, den Tod durch eine Lokomotive finden; das Gift ist schon im Glas; er hat's schon; „wenn er wüsste, dass ich da wäre“, ruft eine fremde Mannesstimme. Bei weiblichen Kranken ist es namentlich die Geschlechtsehre, gegen welche sich die „Verfolgung“ richtet; „die hat vier Kinder, ist ein Mensch, eine Wildsau, Hure, schwanger, angesteckt, radikal kaput gemacht, hat ihr Kind umgebracht“.

Bisweilen sind diese Täuschungen so deutlich, laute Zurufe, dass der Kranke sie wörtlich wiedergeben kann und sie als gewöhnliche Sinneswahrnehmungen betrachtet, sogar genau die Stimmen zu erkennen vermag. Die Verfolger sitzen dann im

Keller, in den Wänden, im Nebenzimmer, auf dem Dachboden („Deckenläufer“, „Hinterwändner“), martern seine Angehörigen, so dass ihr Jammern zu ihm herüberschallt. In anderen Fällen handelt es sich um leises Lispeln und Wispern, um „Einflüsterungen“, deren Inhalt nur ganz im allgemeinen aufgefasst wird. Auch aus dem Schreien der Tiere, dem Pfeifen der Eisenbahn hört er bestimmte Schimpfworte heraus; er weiss es „aus dem Glockenton“, dass man ihm nachstellt.

In der Nacht werden ihm Bilder vorgemacht, um ihn zu ärgern; das Essen zeigt bisweilen einen sonderbaren Geschmack oder Geruch, „nach toten Menschen“; im Kaffee ist Urin oder Phosphor, Ricinusöl in der Bouillon. Er spürt nach der Mahlzeit Bauchweh, Aufgetriebensein, Jucken am ganzen Körper. Nachts ist ein schwefelartiger Dampf im Zimmer; die Bettstelle erscheint heiss, wie wenn elektrisiert würde; er empfindet Geräusche im Kopf, wie von einem Uhrwerk, einem Mühlrad. Schmerzen bei der Menstruation deuten auf Entjungferung in Chloroformnarkose hin. Einzelne Sachen verschwinden auf geheimnisvolle Weise oder finden sich verschoben, an andere Stellen gelegt; die Kleider weisen unerklärliche Löcher, Flecken, Abnutzungszeichen auf; das Gesicht erscheint im Spiegel verzerrt, gedunsen, die Personen oder Gegenstände der Umgebung zeitweise ganz auffallend verändert; sie werden vertauscht, um ihn zu verwirren; die eingehenden Briefe sind gefälscht; man bringt immer neue Menschen herbei. Auch die Träume haben vielfach eine geheime Bedeutung; es wird Sympathie angewendet; alles ist wie umgewechselt; es ist ein „nächtlich-religiöser, geheimer, meuchelmörderischer Staatsbürgerkrieg“.

Im einzelnen kann sich nun die weitere Ausbildung der Wahnideen sehr mannigfaltig gestalten. Ganz besonders häufig pflegen die Vorstellungen einer körperlichen Beeinflussung zu sein, die oft in überaus abenteuerlicher Weise ausgemalt werden („physikalischer Verfolgungswahn“). Zunächst deuten vielleicht Schmerzen im Rücken und in den Beinen, Schwere im Körper, Reissen und Ziehen im Leibe dem Kranken darauf hin, dass die Gesundheit durch künstlich angewandte Mittel geschädigt ist; im natürlichen Körper geht so etwas nicht vor. Schwindelanfälle treten auf, Durchzuckung im Körper, Schlaffheit der Glieder; die

Kranken fühlen, wie sie in Betäubung versetzt, auf den Boden gelegt und begattet werden; nackte Weiber legen sich auf sie und ziehen ihnen „die Natur“ ab. Ein gelegentliches Bauchgrimmen oder eine vorübergehende Eingenommenheit des Kopfes macht es klar, dass man ihnen Gift in die Speisen gegeben hat, um ihnen



Figur XI
Darstellung telepathischer Beeinflussungen.

auf diese Weise die Eingeweide zu ruinieren und das Gedächtnis zu schwächen; das Hirn dreht sich wie in Wickeln. Man regt ihnen die Natur auf, verführt sie zur Onanie, zieht ihnen die Gedanken aus dem Kopf, Blut aus dem Körper, sucht sie von Tag zu Tag dümmer zu machen. Bisweilen suchen sich die Kranken auch von den Hilfsmitteln, mit denen solche Fernwirkungen (Tele-

pathie) erzeugt werden, genauere Rechenschaft zu geben. Namentlich sind es magnetische und elektrische Batterien, mit welchen die Verfolger arbeiten, Lichtrohrstrahlapparate, grosse Hohlspiegel u. dergl., von denen einzelne Kranke nach längerer Bekanntschaft mit ihren Feinden ausführliche Zeichnungen entwerfen.*) Ein derartiges Bild stellt Fig. XI dar, aus der wenigstens hervorgeht, dass die feindlichen Einwirkungen an den verschiedensten Punkten angreifen. In anderen Fällen handelt es sich um Zaubersprüche, Sympathie, Hypnotismus, Röntgenstrahlen, je nach dem Bildungsgrade des Kranken. Einer meiner Kranken fühlte sich „in öffentlicher hypnotischer Haft", trotz anscheinender Freiheit im erweiterten Käfig, da die „Hypnotisten" ihn durch die hypnotische Augenkraft vollständig in ihrer Gewalt hatten; ein anderer, der sich entfernen wollte, hörte, wie ich ihn zurückrief, und kehrte deshalb wieder um.

So verschiedenartig die Werkzeuge, so verschiedenartig sind auch die Empfindungen, über welche die Kranken sich zu beklagen haben. Die Haut wird ihnen mit zahllosen Kugeln, Nähnadeln beschossen, mit feinem Giftregen besprüht; an den verschiedensten Stellen des Körpers werden brennende, stechende, bohrende Schmerzen erzeugt. Im Ohr sitzt ein Magnet; die einzelnen Glieder werden gegen den Willen des Kranken in Bewegung gesetzt; es wird ihm ein Räderwerk in die Brust gesetzt, mittels dessen er von den Verfolgern wie eine Gliederpuppe gelenkt wird. Namentlich die Zunge wird gezogen, um Dinge zu reden, die ihm verhasst sind; „das löst einem die Zunge, dass man sprechen muss, man mag wollen oder nicht." Seine Eingeweide werden ihm zerstört und durcheinandergeworfen, Schmutz in sein Essen, in sein Blut hineingeschüttet, „Schweinemord" auf ihn verübt, der Darm „aufgewickelt und in Platten abgelagert", „Seichzauber getrieben", der Stuhlgang verhindert, der Atem versetzt, der Kot ins Hirn gepumpt, das Geschlecht „wagerecht herausgezogen und senkrecht wieder hineingesteckt", der Samen abgetrieben, die Zähne ausgeschlagen. Öfters werden diese verschiedenartigen Empfindungen mit eigenen Namen belegt und ganz genau beschrieben, das Fingerzucken, Fleischschwellen, Blutstillen und Blut-

*) Haslam, Erklärungen der Tollheit, übersetzt von Wollny. 1889.

fliessenlassen, Ereignismachen, Bombenbersten, Hummerknacken u. s. f.

Ein besonders hinterlistiges Verfahren der ebenfalls oft absonderlich benannten Verfolger besteht in dem „Abziehen“ der Gedanken. Die Kranken merken, dass ihre Gedanken durch feindliche Einwirkungen beliebig gelenkt (suggeriert) werden können („Gedankensammeln“, „Gedankendrängen“). Beim Versuche, zu arbeiten, werden sie plötzlich „desanimiert“ und müssen dann aufhören, oder es kommen ihnen gute Gedanken, die aber offenbar nicht ihre eigenen, sondern eingegeben sind. Beim unwillkürlichen Verschreiben eines Wortes „waltet die Wahrscheinlichkeit der Inspirierung ob“; es kommt „zu kriminellen Pressionen und Inquisitionen“; ihnen wird die Unterstellung gemacht, als ob sie sich einbildeten, König zu sein.

Sie wissen schliesslich gar nicht mehr, ob sie aus sich heraus denken oder „suggestiert“ werden. Bisweilen werden die Gedanken sogar laut (Doppeldenken), besonders beim Lesen. Die Stimmen klappen dabei nach, oder sie eilen auch wohl voraus: „ich kann schneller lesen, als du!“ Die Kranken merken, dass ihre Seele offen, der ganzen Welt zugänglich ist; jedermann kann nach Belieben in derselben lesen; es ist „Gedankenleserei“, „Nachtsabhörerei“. Andere haben die Gabe, den Kranken so zu durchschauen, während er selbst nur als „echtes Medium“ dienen muss. Dieses Gefühl einer erzwungenen, ohnmächtigen Abhängigkeit von fremden Einflüssen verstrickt den Kranken in ein unentwirrbares, wahnhaftes Netz der quälendsten Vorstellungen. Einen Einblick in derartige Gedankengänge gewährt folgendes Bruchstück eines Briefes:

„Ich bin in entsetzlicher Angst; es ist die grösste Gefahr, dass mein Leben mit Schrecken ein Ende nimmt, weil die ganze Anstalt wie ein Uhrwerk eingerichtet ist, das aber nicht von Vernunft, sondern von verrückten Köpfen in den Zellen, die wie Zahnräder reguliert werden, geleitet ist, und nicht allein die Zellen sind so eingerichtet, dass man sich in Haranguationen wie auf einem telegraphischen Nervenspinngewebe hin- und herbewegen muss, auch auf den Gängen ist jeder Quadratmeter eine Einteilung, die irgend woher einen Henkelmann zutage fördert, sei es zur Ansicht oder einen Gewalttätigen. Dabei werden Dünste, Glutwellen in den Abteilungen entwickelt, die einen schauderhaften Grad von Befangenheit einerseits, brutale, faszinierende Gewalt und Schnelligkeit andererseits erzeugen; dazu besteht ein fortwährender Klang von Medienklängen, Vermittlungsstimmen, die in grausamer Weise das Gemüt mit Widersprüchen per-

horreszieren. Es ist ganz unbeschreiblich, mit welcher bösen Raffiniertheit diese Wechselgespräche geführt werden, die unter Zuhilfenahme von Influenzen in zersetzender Weise meuchlerisch von Körper zu Körper übertragen werden und Zeugnis davon geben, dass sogenannte verrückte Stationäre in Verbindung mit allerhand Treibern und Haranguierern im Leben die grausamsten Verbrecher sind, die es gibt, die nur noch übertroffen werden von einer anderen Klasse, die unter Umständen einen erfasst, ihn mit giftigen Fingern in unbedenklicher Weise wie eine gefüllte leblose Masse in einen andern Zustand quetscht. . . .“

In manchen Fällen werden die Beeinflussungen nicht unmittelbar wahrgenommen, sondern nur die durch sie herbeigeführten Wirkungen. Die Feinde kommen hier in der Nacht, während der Kranke schläft, entführen ihn und treiben nun die scheusslichsten Dinge mit ihm, üben Hirnbeeinflussungen aus, päderastieren ihn, stecken ihm Sperma und Kot in den Mund, vertauschen seine Knochen. Leider erwacht er dabei nicht, sondern merkt erst am andern Morgen, dass man ihn mit ekelhaften Dingen angefüllt, ihm das Gehirn ausgeräumt, den Hirnschaum abgeschöpft, die Glieder verrenkt und verdorrt hat. Weibliche Kranke merken, dass sie geschwängert, entbunden wurden. Die Mannigfaltigkeit und die Ungeheuerlichkeit dieser Klagen ist eine ausserordentliche.

Eine ganz eigenartige Ausbildung gewinnt der physikalische Verfolgungswahn in jenem sittengeschichtlich bedeutsamen Krankheitsbilde, welches man als „Besessenheitswahn“ bezeichnet. Hier werden die Feinde, welche den Kranken quälen, geradezu in den eigenen Körper hineinverlegt. Der oder die Verfolger sitzen nun in den Ohren und betäuben den Kranken durch ihr gräuliches Schreien und Fluchen, häufiger aber im Unterleib, steigen bis in den Kopf hinauf, schnüren dem Kranken die Kehle zu, verdicken ihm sein Blut, klappen ihm seinen Schädel auf, zwingen ihn zu den sonderbarsten Handlungen und reden ihm aus dem Bauche herauf gotteslästerliche Dinge vor. Hier kann es vorkommen, dass sich dem Feinde im eigenen Leibe eine andere, freundlich gesinnte Macht hinzugesellt, welche jenen in eine Körperhälfte hineindrängt und lange, erbitterte Kämpfe und Zwiegespräche mit ihm führt. Während die Verfolger bei den früher geschilderten Formen zumeist als eine geheimnisvolle Rotte von Nihilisten, Freimaurern, Sozialdemokraten gedacht wurden, so pflegen in diesen letzteren Fällen mehr religiöse Vorstellungen

zur Erklärung herbeigezogen zu werden. Es ist eine abgeschiedene Seele, der Teufel, ein böser Geist, der von dem Leibe des Kranken Besitz genommen hat, und dem unter Umständen der liebe Gott oder einer der Erzengel siegreich entgegentritt.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle gesellen sich zu den Beeinträchtigungsideen mehr oder weniger ausgeprägte Grössenideen. Der Kranke hat „bewunderungswürdig gelitten", ist zu Höherem berufen, König vom Urgrossvater her, Eigentumsbesitzer vom Deutschen Reich, hat ein zukünftiges besseres Los zu erwarten. Manchmal sind es lebhafte Träume, die ihn für alles Ungemach entschädigen. In diesen „nächtlichen geistigen Verschleuderungen" führt ihn die Gewalt Gottes in fremde Länder, bringt ihn in Verkehr, auch geschlechtlichen, mit hohen Personen und gibt ihm aussichtsreiche Verheissungen für die Zukunft. Oder es kommt zu visionären Erlebnissen bei klarem Bewusstsein. Der Kranke erwacht in der Nacht mit unbeschreiblichen Wonnegefühlen, fühlt sich durchströmt und durchleuchtet vom heiligen Geiste. Seine Augen werden von dem Lichte geblendet, welches sein Schlafzimmer erfüllt; ein wunderbarer Duft strömt herein. Er sieht Gott in Form eines Sterns, eine bedeutungsvolle Figur aus Lichtpunkten, eine herrliche Gestalt in köstlichem Gewande, die Mutter Gottes, Engel mit goldenen Flügeln, welche eine Königskrone tragen, das Christkind, welches ihn an der Hand führt, ihm die Weltkugel überreicht, den Kaiser mit einer strahlenden Sonne. Dabei hört er eine Stimme, die ihm seine hohe Sendung verkündet: „Das ist mein lieber Sohn, an dem ich Wohlgefallen habe", „Dir sind Deine Sünden vergeben" und dergl. Bisweilen wiederholen sich solche Erlebnisse mehrmals in längeren Zwischenräumen.

Auch die Sinnestäuschungen gewinnen vielfach einen angenehmen Inhalt. Gott selbst spricht zum Kranken, ernennt ihn zum Kaiser Rotbart, schenkt ihm riesige Summen, verheiratet ihn mit einer Prinzessin. Dazu gesellen sich sehr häufig eigentümliche Wahrnehmungen nicht sinnlicher Natur, die als „Gewissensstimmen", als „innere Stimmen, die nicht mit Worten sprechen", bezeichnet werden. Durch sie erfährt er, dass er besonders begnadet, Christus, ein gewaltiger Menschengeist ist, von den höchsten Persönlichkeiten geliebt, alle Kämpfe sieg-

reich überstehen, die Bürgerkrone für das Land erringen werde. Gerade diese Offenbarungen pflegen für ihn eine besonders grosse überzeugende Kraft zu haben. „Ich habe unzählig viele und gar keine Beweise," sagte mir eine derartige Kranke. Ausserdem werden auch wirkliche Wahrnehmungen einfach von dem Kranken im Sinne seiner Ideen verarbeitet. Ein Besuch aus der Hauptstadt hängt mit seiner Berufung auf den Thron zusammen; der Geistliche auf der Kanzel legt seine Sachen aus; in den Büchern weist alles auf ihn hin. Wenn er betet, so strömt fruchtbarer Regen herab, oder der umwölkte Himmel klärt sich plötzlich auf, sobald er auf die Strasse tritt. Erinnerungsfälschungen erwecken in dem Kranken die Vorstellung, dass ihm von Gott alles im voraus verkündet werde, was sich ereignet.

Während der Entwicklung dieser Wahnbildungen, die sich in einigen Monaten oder Jahren zu vollziehen pflegt, bleiben die Kranken besonnen, orientiert und im ganzen geordnet. Sie sind, namentlich im Anfange, recht wohl imstande, ihre Ideen zusammenhängend darzulegen, zu begründen, Einwände zu bekämpfen; es ist „Methode" im Wahnsinn. So verlangte ein Kranker als Entschädigung für seine Gefangenhaltung einfach die Zivilliste des Königs, indem er ausführte, dass die Verneinung des Rechtes auch nur einem einzigen Untertanen gegenüber die tatsächliche Absetzung des Königs als des Hortes der Gerechtigkeit bedeute; er, der Geschädigte, habe demnach zu fordern, was der König durch Zulassen des Unrechts freiwillig aufgebe. Späterhin aber treten immer deutlicher die Zeichen der geistigen Schwäche hervor. Die Wahnvorstellungen werden unsinniger, zusammenhangslos, widerspruchsvoll, bald einförmig, bald vielfach wechselnd. Der Gedankengang wird verschroben, unklar, verworren und schliesslich nicht selten ganz unverständlich. Öfters besteht wenigstens zeitweise ein gewisses Krankheitsgefühl; die Kranken klagen, dass sie verändert, arbeitsunfähig, aufgeregt seien. Niemals aber besitzen sie das geringste wirkliche Verständnis für die Krankhaftigkeit ihrer Wahnbildungen, auch wenn sie einmal auf starkes Drängen zugeben, dass möglicherweise Krankheit, „Nervosität", mitspielen könne. „Mich mit dem Irrenhause in einem Wort zu nennen, ist geradezu eine quadratische Verkehrtheit", schrieb ein Kranker. Vielmehr werden auch jene selbst-

empfundenen Krankheitszeichen nur als die Folgen feindlicher Einwirkungen betrachtet. Jeder Versuch, den Kranken von der Irrtümlichkeit seiner Ideen zu überzeugen, indem man ihn dorthin führt, wo er seine Verfolger vermutet, bleibt gänzlich erfolglos, da er den Stimmen entnimmt, dass man für seinen Besuch zeitweilig alles Verdächtige beiseite geräumt habe.

Die Stimmung der Kranken ist im Beginne der Krankheit meist eine niedergeschlagene, ängstliche oder feindselig-gereizte. Späterhin pflegen mehr gehobene Gefühle hervorzutreten, bald im Sinne eines selbstgefälligen Hochmutes, bald in demjenigen einer verzückten Schwärmerei; auch süsslich-erotische Stimmungen sind nicht selten. Vorübergehend werden lebhafte Angstzustände sowie Ausbrüche von Ausgelassenheit oder Reizbarkeit beobachtet. In einzelnen Fällen sah ich zeitweise Stupor auftreten.

Das Handeln der Kranken wird, wie es scheint, vielfach durch die Wahnvorstellungen bestimmt. Es kommt zu Fluchtversuchen, planlosen Reisen, Schimpfereien, unvermittelten gefährlichen Angriffen auf die vermeintlichen Feinde, auf Angehörige, Nachbarn oder selbst wildfremde Personen, zu Nahrungsverweigerung aus Vergiftungsfurcht und vielfach auch zu Selbstmordversuchen. Andere Kranke wenden sich an die Behörden und schliesslich an die Öffentlichkeit, machen ihrer Erbitterung in Zeitungsanzeigen, Maueranschlägen, offenen Briefen, Flugschriften*) Luft, in denen sie das schändliche Treiben ihrer Feinde in gebührender Weise brandmarken. Oder aber sie unternehmen irgend eine recht auffallende Tat, um die allgemeine Aufmerksamkeit auf ihre verzweifelte Lage zu lenken.

Viele Kranke verfallen auf allerlei Massregeln der Selbsthilfe, die ihnen einigermassen Ruhe vor den Verfolgern schaffen. Namentlich sind es eigentümliche Gebärden, Abwehrbewegungen, bestimmte, oft sehr verzwickte Stellungen, die längere Zeit hindurch eingehalten werden müssen, ferner das „innere Sprechen", die unablässige Wiederholung gewisser Worte, mit Hilfe deren sie sich vor den feindseligen Beeinflussungen schützen. Mitunter werden auch Misshandlungen, ja Verstümmelungen des eigenen

*) Wollny, Über Telepathie, 1888; Sammlung von Aktenstücken, 1888; Teffer, Über die Tatsache des psycho-sexualen Kontaktes oder die actio in Distans. 1891; Schreber, Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken. 1903.

Körpers zum gleichen Zwecke unternommen. Andere Kranke fühlen sich genötigt, den Stimmen laut und nachdrücklich zu antworten, und führen daher in ihrer geordneten Tätigkeit, auch des Nachts, schimpfende Selbstgespräche. Oder sie verstopfen sich die Ohren, umwickeln den Kopf mit Tüchern, halten die feindlichen Giftpfeile und Lichtblitze durch grosse Schirme oder Masken von sich ab. Gegen die elektrischen und telepathischen Beeinflussungen helfen Drähte, die um die Bettstelle gezogen sind, ferner selbstgeschnitzte, phallusartige Amulette. Einer meiner Kranken, dem von seinen Feinden Speichel in die Nase geworfen wurde, verfertigte sich einen Bleiverschluss derselben mit feinen Atmungslöchern. Merklin hat einen Kranken beschrieben, der zu seinem Schutze eine aus altem Blechgeschirr gefertigte Rüstung im Gewichte von 12 Kilogramm trug, auf dem Kopfe eine Kasserolle; ein anderer hatte sich die Bewegung der Arme selbst durch einen Ledergürtel mit Schlingen beschränkt, um dem von seinen Feinden erzeugten Antriebe zum Zerkratzen des Gesichts widerstehen zu können.

Die Grössenideen können den Kranken dazu führen, dass er seine Arbeit aufgibt, weil sie seiner nicht mehr würdig ist, sich hochtrabende Titel beilegt, sich in auffallender Kleidung zeigt, die ersten Schritte zur Erfüllung seiner göttlichen Sendung unternimmt. Er predigt öffentlich, unterbricht den Geistlichen in der Kirche, greift ihn an, lässt sich durch Eingebungen und göttliche Stimmen leiten. Die Zunge wird ihm gezogen, dass er sprechen muss, was ihm der Geist eingibt; ohne oder sogar gegen seinen Willen muss er grässliche Schreie ausstossen; sein Arm wird ihm geführt, wenn er schreibt oder den Kampf in heiliger Sache aufnimmt. Weibliche Kranke suchen nach ihrem Seelenbräutigam, den sie in allerlei Verkleidungen immer wiederfinden, und kommen so zu geschlechtlichen Ausschweifungen.

Das Benehmen der Kranken kann im Anfange ein ganz geordnetes sein. Im Verlaufe der Krankheit jedoch pflegen mehr und mehr Wunderlichkeiten und Verschrobenheiten hervorzutreten, Gesichterschneiden, merkwürdige Gebärden und Gewohnheiten, gespreizte Bewegungen, Manieren beim Handgeben, Essen, Gehen, Sprechen, Andeutungen von Negativismus. Die Kranken sprechen hochdeutsch, in geschraubten Wendungen, mit selbst-

erfundenen Wörtern, lieben Wortspielereien und Reimereien; es kann sogar zu völliger Sprachverwirrtheit kommen. Ähnlich verhalten sich die bisweilen sehr zahlreichen und stereotypen Schriftstücke mit ihren absonderlich verschnörkelten Schriftzügen und ihrer oft kaum verständlichen Rechtschreibung. Ich füge hier zwei nur 7 Monate auseinander liegende Schriftproben eines Schuh-

Schrift vom Mai 1880.

Schrift vom Januar 1881.

Schriftprobe VI. Paranoide Form der Dementia praecox.

machers ein, der aus der Zeitung alle möglichen fremdsprachigen Ausdrücke heraussuchte, um sie mit selbsterfundener Bedeutung in seine Erlasse als „himmlischer Arzt, Astronom und Präsident Lichtenstern" einzuflechten. In der zweiten finden sich die Worte „Fidelis Sip-hīlis", die er erläuterte: „Also soll es geschehen." Die Wandlung in den Schriftzügen von anspruchsvollem Selbstgefühl zu steifer Verschrobenheit ist sehr kennzeichnend.

Zu selbständiger, geordneter Tätigkeit pflegt auf der Höhe der Krankheit weder Neigung noch Fähigkeit vorhanden zu sein.

Der Verlauf der Krankheit nimmt in der Regel einige Jahre in Anspruch. Wenn man will, kann man dabei verschiedene Abschnitte auseinanderhalten, denjenigen der einleitenden Verstimmung, die Ausgestaltung der Verfolgungsideen, ferner die sogenannte „Transformation“ des Wahnes, das Auftreten von Grössenvorstellungen, welches die beginnende psychische Schwäche anzukündigen scheint, und endlich das Schwinden oder den Zerfall der Wahnbildungen. Bisweilen scheinen sich auch hier vorübergehende Nachlässe der Krankheitserscheinungen einzustellen, die den Remissionen der Katatoniker vergleichbar sind.

Magnan*) hat an diesen Entwicklungsgang die Aufstellung einer eigenen psychischen Krankheitsform geknüpft, des „délire chronique à évolution systématique“ (Paranoia completa, Möbius). Unter dieser Bezeichnung fasst er alle diejenigen Fälle chronischer Wahnbildung zusammen, bei welchen auf die Vorbereitung unter dem Eintritte von Sinnestäuschungen verschiedener Art eine Zeit der Verfolgung, dann eine solche der Grössenvorstellungen und endlich der Schwachsinn folgt. Die Dauer der einzelnen Abschnitte und die Schnelligkeit, mit der sie einander ablösen, kann dabei eine sehr verschiedene sein. Gerade die hier beschriebenen Formen würden etwa der Schilderung Magnans entsprechen. Die später zu beschreibende Paranoia wäre vollständig davon abzutrennen; sie gehört nach seiner Ansicht zu einer wesentlich anderen Gruppe von Psychosen, zum „Irresein der Entarteten“. Wenn ich auch selbst diese Abgrenzung hier versucht habe, möchte ich doch darauf hinweisen, dass sich die Einteilung in bestimmte Abschnitte bei unseren Kranken vielfach nur sehr künstlich durchführen lässt, dass es ferner Fälle gibt, die niemals Grössenideen aufweisen, und dass bei der Paranoia dieselbe Verbindung von Kleinheitsideen mit Grössenvorstellungen stattzufinden pflegt wie hier. Endlich aber finden sich unter denjenigen Kranken, auf welche Magnans Beschreibung passt, namentlich unter denen mit physikalischem Verfolgungswahn, ohne Zweifel ebenso viele

---

*) Magnan, Psychiatrische Vorlesungen, deutsch von Möbius, Heft 1, 1891.

deutlich „Degenerierte“ wie unter den Querulanten und Verrückten, deren Psychose er dem Irresein der Entarteten zurechnet.

Den Ausgang des Leidens bildet regelmässig die psychische Schwäche. In einer kleineren Anzahl von Fällen treten die Wahnvorstellungen allmählich gänzlich zurück, werden nicht mehr geäussert, vergessen, bisweilen vollständig verleugnet; es kann auch zu einer gewissen Einsicht in die Krankhaftigkeit derselben kommen. Dagegen bleibt immer eine erhebliche Einbusse an geistiger Leistungsfähigkeit zurück, Schwäche des Gedächtnisses und des Urteils, gemütliche Stumpfheit, Verlust der Tatkraft und der Regsamkeit. Oder aber die Kranken halten noch an ihren Wahnvorstellungen fest, hallucinieren auch weiter, werden aber gleichgültig dagegen, beklagen sich wohl gelegentlich noch über die Verfolgungen, geraten jedoch selten mehr in lebhaftere Erregung. Sie sprechen von ihren krankhaften Vorstellungen wie von anderen, fernliegenden Dingen und ziehen keine Folgerungen mehr daraus. Der „rex totius mundi“ beschäftigt sich mit Gartenarbeit, der „Herrgott“ mit Holztragen, die „Braut Christi“ mit Nähen und Flicken. Am häufigsten scheint die Krankheit zu wahnhafter Verworrenheit zu führen. Die krankhaften Vorstellungen werden allmählich zusammenhangsloser und unverständlicher, zerfahrener; Absonderlichkeiten im Handeln und Benehmen treten immer zahlreicher hervor, so dass schliesslich die Ordnung der Gedanken und oft auch die äussere Haltung vollständig verloren geht. Ablehnendes, misstrauisches Wesen, Erregungszustände und Neigung zu Gewalttätigkeit sind hier nicht selten. Späterhin kann mit dem Fortschreiten der Verblödung ein ruhiger, faseliger Schwachsinn zustande kommen, bei dem von den ursprünglichen Wahnbildungen höchstens noch kümmerliche Reste aufzufinden sind. Die Schnelligkeit, mit der sich diese Verblödungsvorgänge vollziehen, ist sehr verschieden. In der Regel treten die deutlichen Zeichen psychischer Schwäche im Laufe der ersten 2—3 Jahre hervor. Es gibt aber auch Fälle genug, die schon in den ersten Monaten den unverkennbaren Stempel der Verblödung tragen. Andererseits sieht man einzelne Kranke trotz abenteuerlichster Wahnbildungen und ausgeprägter Urteilsschwäche viele Jahre hindurch den Zusammenhang ihres Denkens und Handelns leidlich bewahren. —

Die Gruppierung der Beobachtungen, die wir unserer Darstellung zu grunde gelegt haben, ist weit davon entfernt, befriedigend zu sein. Ich habe daher schon seit langer Zeit nach einer Einteilung gesucht, die weniger den wechselnden Zustandsbildern, als dem Wesen der Krankheitsvorgänge entspräche. In erster Linie schienen mir für diesen Zweck die Ausgänge der einzelnen Krankheitsfälle geeignet zu sein, da sich in den Endzuständen, wie ich annahm, am reinsten die wirklich wesentlichen Züge des Krankheitsbildes, die dauernden Ausfallserscheinungen, ausprägen würden. Leider ist mein Versuch, die Endzustände zur Abgrenzung verschiedener Formen heranzuziehen, einstweilen recht unvollkommen ausgefallen, da es sich auch hier vielfach nur um Gradunterschiede handelt. Zudem ist unsere Betrachtungsweise zweifellos noch viel zu roh, und endlich bedürfen wir zu einem genaueren Einblicke in die endgültigen Ausgänge einer sehr grossen, mindestens 1—2 Jahrzehnte unter den gleichen Gesichtspunkten sorgfältig beobachteten Krankenzahl.

Trotz aller dieser Bedenken will ich es doch nicht unterlassen, wenigstens einen ganz kurzen Überblick über die Hauptformen der Endzustände zu geben, denen unsere Kranken zusteuern. Freilich vermag ich zur Zeit nicht anzugeben, ob und wie es möglich ist, den besonderen Ausgang des einzelnen Falles aus gewissen Zeichen vorauszusagen; vielmehr können die oben von mir gezeichneten Zustandsbilder, wie ich auch angedeutet habe, zu sehr verschiedenen Endzuständen führen. Es wird jedoch ohne Zweifel durch geduldige Sammlung von Beobachtungen möglich sein, allmählich Erfahrungssätze aufzufinden, die uns schon im Beginne der Erkrankung mehr oder weniger sichere Vermutungen über den weiteren Verlauf und den Ausgang des gegebenen Falles ermöglichen. Unter diesem Gesichtspunkte, als rein praktische Richtschnur, wird eine Gruppierung der Endzustände auch dann ihren Wert behalten, wenn sie sich für die wissenschaftliche Abgrenzung der Krankheitsformen als unbrauchbar erweisen sollte.

1. In einer kleinen Zahl der Fälle von Dementia praecox scheint eine vollständige Heilung eintreten zu können. Jedenfalls wird man zunächst grundsätzlich diese Möglichkeit zugeben müssen, auch wenn die tatsächlich bereits vorliegenden Beobachtungen wegen Unsicherheit der Diagnose oder aus den sonstigen,

früher angeführten Gründen für anfechtbar gehalten werden. Allerdings wird immer die Frage aufgeworfen werden können, ob den wirklich und endgültig geheilten Fällen derselbe Krankheitsvorgang zugrunde lag wie den übrigen. Von grösster praktischer Wichtigkeit wird es aber unter allen Umständen sein, derartige Fälle von vornherein als solche zu erkennen.

2. Weit häufiger ist jedenfalls die Heilung mit Defekt. Wir verstehen darunter alle diejenigen Fälle, in denen nach Schwinden sämtlicher Krankheitszeichen eine einfache, gradweise Abschwächung der psychischen Leistungen zurückbleibt, Abnahme des Verstandes, gemütliche Abstumpfung, Einbusse an Willensfestigkeit und Tatkraft. Wo wirklich alle sonstigen Überbleibsel der Krankheit verschwunden sind, pflegt dieser Defekt keinen sehr hohen Grad zu erreichen.

3. Als einfache Verblödung wollen wir solche Endzustände bezeichnen, in denen neben den Zeichen der psychischen Schwäche leichte Andeutungen der früheren Krankheitserscheinungen zurückgeblieben sind. Auf dem Gebiete des Verstandes beobachten wir namentlich das Festhalten an früher gebildeten Wahnvorstellungen. Es gibt eine kleine Gruppe von Fällen, bei denen nach einem rasch verlaufenden Erregungszustande mit Sinnestäuschungen und Wahnbildungen, der völlig den hier beschriebenen gleicht, alle sonstigen Störungen vollständig schwinden, ohne dass die wahnhaften Erlebnisse berichtigt, aber auch ohne dass sie weiter fortgesponnen würden. Allerdings handelte es sich bei meinen bisherigen Beobachtungen stets um Gefängnispsychosen; zudem ist das Schicksal der Kranken nicht lange genug verfolgt worden, um eine spätere Wiedererkrankung mit Sicherheit auszuschliessen. Auf gemütlichem Gebiete können einerseits gedrückte, hypochondrisch gefärbte Stimmung, andererseits erhöhtes Selbstgefühl oder Reizbarkeit zurückbleiben. Dazu gesellt sich scheues, unfreies, gebundenes oder geziertes, schrullenhaftes Wesen. Nicht selten entwickeln sich auf diesem Boden vorübergehende Erregungszustände.

4. Als eine besondere Gestaltung der Endzustände haben wir wohl ferner den Schwachsinn mit Sprachverwirrtheit aufzufassen. Das höchst eigenartige Bild der Sprachverwirrtheit pflegt sich nach einer einleitenden Depression ziemlich rasch

zu entwickeln und dann lange Zeit hindurch unverändert zu bleiben. Regelmässig ist es von verworrenen Beeinflussungsideen, im Anfange auch von Sinnestäuschungen begleitet. Ausserdem zeigen die Kranken ein etwas geziertes, schrullenhaftes Wesen, grosse Redseligkeit, Neigung zu Wortneubildungen. Die Sprachverwirrtheit, die Sinnestäuschungen und die Wahnbildungen können bis auf gelegentlich oder periodisch hervortretende Reste wieder schwinden und einem einfachen Schwachsinn Platz machen.

5. Weit häufiger ist der Ausgang in hallucinatorischen Schwachsinn. Hier kommt der Krankheitsvorgang ebenfalls zum Stillstande, aber die Sinnestäuschungen und Wahnbildungen bleiben in ganz einförmiger Weise bestehen, häufig mit periodischen Verschlimmerungen. Sie gewinnen jedoch keinen weiteren Einfluss auf Denken und Handeln, sondern tragen den Stempel von Residualstörungen. Die Kranken bleiben dauernd besonnen und, abgesehen von kleineren Absonderlichkeiten und gelegentlichen Erregungen, auch geordnet in ihrem Benehmen.

6. In einer kleinen Zahl von Fällen schreitet die Wahnbildung dauernd fort, ohne dass die schweren Formen der Verblödung erreicht werden. Ausnahmslos handelt es sich dabei um körperlichen Beeinflussungswahn mit entsprechenden Sinnestäuschungen. Die Kranken bleiben besonnen und geordnet, aber von Verfolgungs-, vielfach auch Grössenideen beherrscht, die in ihren Grundzügen festgehalten werden und sich langsam weiterentwickeln, allerdings allmählich immer zerfahrener erscheinen. Diese Formen sind es, für die der Name der hallucinatorischen Verrücktheit am besten zutreffen würde.

7. Abzutrennen von der vorigen Form dürfte die Dementia paranoides sein. Hier beginnt nach der einleitenden Depression sofort eine ganz abenteuerliche, immer wechselnde, durch Einreden und Erinnerungsfälschungen beeinflusste, üppige Wahnbildung, die, abgesehen von gelegentlichen Zornausbrüchen, sehr bald jeden Einfluss auf das Handeln verliert. Ein eigentliches Fortschreiten nach der anfänglichen, rasch sich abspielenden Entwicklung findet nicht statt; vielmehr kann der Zustand ein Jahrzehnt und länger nahezu unverändert bleiben. Besonnenheit und äussere Haltung bleiben trotz der ganz verworrenen, von massen-

haften Wortneubildungen begleiteten Wahnvorstellungen ziemlich ungestört.

8. Blieb bei allen bisher genannten Endzuständen die innere Regsamkeit soweit erhalten, dass geistiger Verkehr mit dem Kranken, ein Meinungsaustausch mit ihm möglich ist, namentlich über Dinge, die nicht von den Wahnbildungen berührt werden, so haben wir nunmehr noch der schweren Verblödungsformen zu gedenken, wie sie die grosse Masse unserer Anstaltsinsassen ausmachen. Ihnen ist gemeinsam die Vernichtung der einheitlichen psychischen Persönlichkeit, die Ausscheidung der Kranken aus der geistigen Gemeinschaft mit ihrer Umgebung.

Die erste Form dieser Endzustände lässt sich vielleicht am besten als „faselige Verblödung" kennzeichnen. Sie ist neben den Erscheinungen der tiefgreifenden psychischen Schwäche beherrscht durch Krankheitsreste, die etwa denen der katatonischen Erregung entsprechen. Wenn man will, kann man noch manierierte und erregte Formen auseinanderhalten. Erstere würden ungefähr dem bisherigen Begriffe der Moria oder der Fatuität, letztere demjenigen des agitierten Blödsinns entsprechen. Dort tritt die Verschrobenheit in Form von Manieren und Bewegungsstereotypen in den Vordergrund, hier neben einförmigem Bewegungsdrange besonders die Impulsivität; gemeinsam ist beiden Gestaltungen die Verworrenheit der sprachlichen Äusserungen und die Zerfahrenheit des Benehmens und Handelns. Sehr häufig erhalten sich auch Reste früherer Wahnbildungen.

9. Die letzte und zugleich umfangreichste Form der Endzustände ist die stumpfe Verblödung, die man gewöhnlich als apathischen Blödsinn zu bezeichnen pflegt. Hier begegnen wir neben hochgradiger Abstumpfung aller psychischen Leistungen sehr gewöhnlich den Krankheitsresten des Negativismus oder der Befehlsautomatie. Dadurch wird einerseits scheue, starre Unzugänglichkeit, andererseits jene gedankenlose, dumpfe Willenlosigkeit erzeugt, die den grossen Pflegeabteilungen ihr eigenartiges Gepräge gibt. Manche dieser Kranken können noch ganz brauchbare mechanische Arbeiter sein. Hier wie bei der faseligen Verblödung entwickeln sich nicht selten die rhythmischen Idiotenbewegungen.

Die beiden letztgenannten Formen der Verblödung dürften

selbständige Ausgänge darstellen, nicht aber Abschnitte desselben Krankheitsverlaufes. Mir scheint wenigstens, dass sie nicht ineinander übergehen, sondern, wenn einmal ausgebildet, bis an das Lebensende wesentlich unverändert fortbestehen. Dagegen können manche der früheren Formen unter Umständen durch Fortschreiten der Krankheit noch in die schwereren Endzustände überführen. In welchem Umfange und unter welchen Bedingungen das geschehen kann, wird durch weitere Untersuchungen festzustellen sein. —

Die Häufigkeit, mit der die Dementia praecox in den einzelnen Jahrfünften des Lebens einsetzt, habe ich in der Figur XII dargestellt, die aus 296 Fällen gewonnen wurde. Mehr als 60% der Fälle beginnen demnach vor dem 25. Lebensjahre. Dazu ist indessen zu bemerken, dass sich die einzelnen Gruppen des ganzen Gebietes etwas verschieden verhalten. Von den einfach hebephrenischen Formen fallen 72, von den katatonischen 68 und von den paranoiden nicht ganz 40% vor das 25. Lebensjahr. Der Krankheitsvorgang scheint sich demnach in jugendlichem Alter am häufigsten in Form einer einfachen, meist allmählich auftretenden Verblödung abzuspielen, während etwas später mehr die akuten und subakuten Formen mit katatonischen Erscheinungen und noch später die ausgeprägteren Wahnbildungen in den Vordergrund treten. Auch Bertschinger*) fand für die paranoiden Formen ein späteres Erkrankungsalter. Irgend eine brauchbare Erklärung für diese Erfahrungen aufzufinden, ist mir bisher nicht gelungen.



Figur XII.
Altersdiagramm bei Dementia praecox.

Auf die nahen Beziehungen der Hebephrenie zu den Entwicklungsjahren hat schon Hecker seinerzeit hingewiesen. Er war

*) Bertschinger, Allgem. Zeitschr. f. Psych. LVIII, 269.

sogar geneigt, die Ausgänge seiner Hebephrenie geradezu als ein Stehenbleiben des gesamten psychischen Lebens auf der Entwicklungsstufe der Pubertätsjahre zu betrachten. Wenn gegen diese Auffassung auch die Häufigkeit tiefer Verblödung spricht, welche eben einen Rückschritt, nicht einen einfachen Stillstand der geistigen Ausbildung dartut, so finden wir doch in dem vorzeitigen Schwachsinn viele Züge wieder, die uns aus den gesunden Entwicklungsjahren wohlbekannt sind. Dahin gehört die Neigung zu unpassender Lektüre, die naive Beschäftigung mit den „höchsten Problemen", die unreife „Schnellfertigkeit" des Urteils, die Freude an Schlagwörtern und klingenden Redensarten, ferner der unvermittelte Stimmungswechsel, die Niedergeschlagenheit und Ausgelassenheit, die gelegentliche Reizbarkeit und die Triebartigkeit des Handelns. Auch die Abgerissenheit der Gedankengänge, das bald gespreizte, grosssprecherische, bald verlegene, scheue Wesen, das alberne Lachen, die läppischen Scherze, die gezierte Sprechweise, die gesuchte Derbheit und die gewaltsamen Witze sind Erscheinungen, welche beim Gesunden wie beim Kranken auf jene leichte innere Erregung hindeuten, mit welcher die Umwälzungen der Geschlechtsentwicklung einherzugehen pflegen.

Dennoch kann von einer unverbrüchlichen Beziehung der Dementia praecox und selbst der hebephrenischen Formen zu den Entwicklungsjahren nicht die Rede sein. Auf der einen Seite sprechen viele Erfahrungen dafür, dass der Krankheitsvorgang noch weit früher einsetzen kann, als auf unserem Diagramm angedeutet ist. Namentlich scheint mir in dieser Richtung die Tatsache bemerkenswert, dass in etwa 20% der Fälle schon lange vor dem Ausbruche der Dementia praecox, oft schon seit der frühen Jugend, gewisse Eigentümlichkeiten bestanden haben, die wir sonst im Anschlusse an leichtere Schübe der Krankheit sich entwickeln sehen, verschlossenes, menschenscheues Wesen, Schrullenhaftigkeit, übertriebene Frömmigkeit, Unlenksamkeit, andererseits Reizbarkeit, Gespreiztheit, sittliche Haltlosigkeit. Ja, nicht selten ist sogar schon ein ausgeprägter Schwachsinn vorhanden, auf den sich dann die neue Erkrankung gewissermassen aufpfropft. Wie mir scheint, liegt hier die Annahme nahe, dass die aus der Jugend stammenden Abweichungen durch einen ersten, in frühestem Lebensalter erfolgten Schub derselben Krankheit

erzeugt sind, die späterhin als Dementia praecox auftritt. Wir dürfen umsomehr daran denken, als uns auch späterhin sehr häufig ein Verlauf der Krankheit in Schüben mit langen Zwischenzeiten begegnet, in denen nur geringe Störungen fortbestehen. Durch diese Annahme wird ein Licht auf gewisse Formen der Idiotie geworfen, bei denen wir ausgeprägte katatonische Störungen beobachten, Grimmassieren, Speicheln, Negativismus, Haltungs- und Bewegungsstereotypen. Es wäre sehr wohl möglich, dass wir in ihnen Frühformen der Dementia praecox vor uns haben, zumal wir bei den schweren Verblödungen dieser Krankheit ganz dieselben rhythmischen Bewegungen auftreten sehen, wie sie uns so oft bei der Idiotie begegnen. Masoin*) hat ähnliche Vermutungen ausgesprochen, deren Richtigkeit sich möglicherweise auf anatomischem Wege genauer prüfen lässt.

Auf der anderen Seite gibt es unzweifelhaft auch in höherem Lebensalter Erkrankungen, die sich klinisch von den jugendlichen Formen der Dementia praecox nicht abtrennen lassen. Schröder hat einen Fall angeführt, der mit 59 Jahren einsetzte. Sowohl Stupor wie Erregungszustände kommen vor, gern mit depressiver Färbung und negativistischer Unbeeinflussbarkeit, ferner allmähliche faselige oder stumpfe Verblödungen ohne ausgeprägt katatonische Zeichen, namentlich aber paranoide Formen. Sehr bemerkenswert ist indessen, dass Schröder unter 16 Spätkatatonien 4 Fälle fand, in denen 12—25 Jahre vorher leichtere Anfälle, meist Depressionszustände, voraufgegangen waren. Wir werden dadurch erinnert an die Erfahrung, dass alte Landstreicher und Gewohnheitsverbrecher nicht selten in höherem Alter hallucinatorisch erkranken, nachdem sich in den Entwicklungsjahren ein auffälliges Herabsinken aus ihrer früheren Gesellschaftsschicht vollzogen hat. Da der Krankheitsvorgang der Dementia praecox unter Umständen sehr schleichend verlaufen und auch wieder lange Zeit hindurch stillstehen kann, so werden wir vorderhand bei den Späterkrankungen immer an die Möglichkeit denken dürfen, dass der wirkliche Beginn des Leidens vielleicht schon weit zurückliegt, aber unbeachtet geblieben ist. Bertschinger hat ebenfalls auf diese Möglichkeit hingewiesen.

---

*) Masoin, Journal de neurologie, 1902, 4.

Die beiden Geschlechter sind an der Dementia praecox in gleichem Masse beteiligt. Dagegen überwiegen bei den hebephrenischen Formen die Männer mit 64%, bei den katatonischen und paranoiden Formen dagegen die Frauen mit 58 und 59%. Unter seinen Spätkatatonien fand Schröder 3 Männer und 13 Frauen; dem Klimakterium dürfte demnach eine gewisse Bedeutung zukommen. Diese Erfahrungen werden durch den Umstand noch näher beleuchtet, dass anscheinend nähere Beziehungen zwischen dem Fortpflanzungsgeschäfte beim Weibe und namentlich der Katatonie bestehen. Nicht nur fanden sich bei etwa 18% der erkrankten Frauen Menstruationsstörungen, sondern in 24% der Fälle entwickelte sich die Katatonie geradezu während der Schwangerschaft oder, häufiger, im Anschlusse an das Wochenbett. Einmal knüpften sich die vier Schübe, in denen die Krankheit verlief, je an eine Geburt an, bis der letzte die endgültige Verblödung brachte. In einem anderen Falle begann die Krankheit ebenfalls im Wochenbette, um nach einer längeren Remission mit dem Eintritte neuer Schwangerschaft in schwerem Rückfalle zu enden. Bei den hebephrenischen Erkrankungen waren derartige Erfahrungen ungleich seltener; ich konnte sie nur in etwa 9% verzeichnen.

Von sonstigen Ursachen der Dementia praecox ist wenig zu berichten. Bei etwa 10—11% meiner Kranken waren dem Leiden schwere akute Krankheiten voraufgegangen, am häufigsten Typhus oder Scharlach. In der Regel waren allerdings bis zum Auftreten der psychischen Störung viele Jahre vergangen, so dass von einem unmittelbaren Zusammenhange keine Rede sein konnte. Hie und da jedoch wurde angegeben, dass seit der körperlichen Erkrankung schon eine gewisse Veränderung an dem Kranken bemerkt worden sei, grössere Reizbarkeit, Herabsetzung der geistigen Leistungsfähigkeit, auffallende Ermüdbarkeit. In einzelnen Fällen wurde über Hirnentzündungen in der Jugend berichtet, nicht ganz selten auch über Kopfverletzungen*); dieselben sind jedoch überhaupt so häufig, dass sie für ursächliche Feststellungen nur ganz ausnahmsweise zu verwerten sind. Der Alkoholmissbrauch scheint für die Entstehung der Dementia praecox keine Bedeu-

---

*) v. Muralt, Allgem. Zeitschr. f. Psych. LVII, 457.

tung zu haben, wohl aber vielleicht die Gefangenschaft. Mehr als 3% meiner Kranken oder 6% der Männer erkrankten im Gefängnisse, nicht immer in Einzelhaft. Hier und im Wochenbette handelte es sich vorzugsweise um akute und subakute Formen; die Gefangenschaft begünstigte das Auftreten paranoider, das Wochenbett dasjenige katatonischer Krankheitsbilder.

Die auffallende Wirkung der Gefangenschaft, die fast nur hierher gehörige Bilder erzeugt, ist schwer zu deuten. Es könnten die Entziehung des Lichtes, der frischen Luft, der Bewegung, die einförmige Ernährung, die gemütlichen Einflüsse in Frage kommen. Für die Bedeutung der letzteren sprechen die nicht seltenen Erkrankungen in der Untersuchungshaft; andererseits wäre es unter diesem Gesichtspunkte wieder schwer verständlich, warum bisweilen alte Gewohnheitsverbrecher mit langjähriger Zuchthausvergangenheit plötzlich bei einer neuen kurzen Freiheitsstrafe erkranken.

Erbliche Veranlagung zu Geistesstörungen fand sich in etwa 70% derjenigen Fälle, in denen über diesen Punkt verwertbare Angaben vorlagen. Von den einzelnen Gruppen schienen die hebephrenischen Formen etwas weniger, die paranoiden dagegen noch stärker durch erbliche Veranlagung beeinflusst zu werden. Einmal sah ich zwei Geschwister unabhängig voneinander mit ganz denselben unsinnigen Wahnbildungen erkranken, mehrfach Geschwister (einmal 3) an Hebephrenie. Körperliche Entartungszeichen fanden sich öfters, Kleinheit oder Verbildungen des Schädels, kindlicher Habitus, mangelhafte Zähne, verbildete Ohren, Syndaktylie, Strabismus, überzählige Brustwarzen, allgemeine Schwächlichkeit, ferner die Andeutungen eines leicht erreglichen Gehirns, Delirien bei geringem Fieber, Krämpfe in der Jugend, geringe Widerstandsfähigkeit gegen Alkohol, sehr früh sich regender, mangelnder oder widernatürlicher Geschlechtstrieb. Die ursprüngliche geistige Begabung war in 60% der Fälle eine gute; 17% der Kranken wurden sogar als vorzüglich veranlagt geschildert. Ein Drittel der Kranken war leidlich oder mässig begabt, nur 7% geradezu schlecht oder von Jugend auf schwachsinnig.

Das eigentliche Wesen der Dementia praecox ist gänzlich dunkel. Verbreitet ist wohl noch immer die Ansicht, dass wir es hier mit dem allmählichen Versagen einer unzulänglichen An-

lage zu tun haben. Wie ein Baum, dessen Wurzeln im vorhandenen Erdreiche keine Nahrung mehr finden, so sollen die geistigen Kräfte schwinden, sobald die ungenügende Mitgift eine weitere Entfaltung nicht mehr gestattet. Allein gegen diese Auffassung erheben sich sehr gewichtige Bedenken. Es ist nicht zu verstehen, warum ein Organismus, der sich bis dahin meist in gesunder, öfters sogar in kräftiger Weise entwickelt hat, ohne besondere Ursache mit einem Male nicht nur in seiner Fortbildung Halt machen, sondern vielfach geradezu dem Siechtume verfallen soll. Selbst die schwerste krankhafte Veranlagung, durch Geisteskrankheit bei Vater oder Mutter, wie sie bei der Dementia praecox in 18—19% vorkommt, würde einen derartigen Vorgang nicht zu erklären vermögen. Im Gegenteil sehen wir bei den anerkannt auf dem Boden der erblichen Entartung erwachsenden Geistesstörungen regelmässig nicht den raschen geistigen Verfall wie hier, sondern vielmehr dauernde krankhafte Zustände von sehr langsamer Entwicklung oder periodische Erkrankungen.

Wir werden durch diese Überlegungen unmittelbar zu der Annahme gedrängt, dass es sich hier um greifbare Zerstörungen in der Hirnrinde handeln muss. Tatsächlich haben sich in denjenigen Fällen, die mit zuverlässigen Hilfsmitteln genauer untersucht wurden, regelmässig Veränderungen nachweisen lassen, die keine andere Erklärung zulassen. Erst dadurch wird der oft so ungemein rasche geistige Verfall überhaupt verständlich. Wir kommen somit zu dem Schlusse, dass in der Dementia praecox eine schwere Schädigung oder Vernichtung von nervösen Rindenbestandteilen stattfindet, die sich in einzelnen Fällen wieder ausgleichen kann, meist aber eine eigenartige, dauernde Beeinträchtigung des Seelenlebens nach sich zieht. Durch welchen Krankheitsvorgang diese Störungen herbeigeführt werden, wissen wir zur Zeit ebenso wenig wie bei der Idiotie oder Epilepsie. Immerhin liegt es bei den Beziehungen der Krankheit zum Entwicklungsalter, zu Menstruationsstörungen, zum Fortpflanzungsgeschäfte, zum Klimakterium, bei dem Fehlen jeder erkennbaren äusseren Ursache wohl am nächsten, an eine Selbstvergiftung zu denken, die möglicherweise in irgend einem mehr oder weniger entfernten Zusammenhange mit Vorgängen in den Geschlechtsorganen stehen könnte. Keinesfalls aber kann es sich dabei, wie Tschisch annimmt, um eine

Schädigung durch geschlechtliche Enthaltsamkeit handeln. Da die erbliche Veranlagung sich hier vielfach in gleichen Formen bewegt, so würde sie vielleicht wesentlich eine verminderte Widerstandsfähigkeit gegen die eigentliche Krankheitsursache bedeuten.

Ob die Dementia praecox in dem hier umschriebenen Umfange eine einheitliche Krankheit darstellt, muss vorderhand zweifelhaft bleiben. Sie würde mindestens 14—15% aller Aufnahmen in die Irrenanstalt umfassen, wenn wir je 5—6% auf die hebephrenischen und katatonischen, den Rest auf die paranoiden Formen rechnen. Es ist sehr möglich, dass wir es hier mit einer Reihe von ähnlichen Krankheitsvorgängen zu tun haben, deren gemeinsame Wirkung in der Schädigung oder Zerstörung bestimmter Rindengebiete liegt. Heute sind wir indessen ausserstande, in dieser Fülle verschiedenartiger Krankheitsbilder irgend welche scharfen Grenzen zu ziehen; überall finden sich Übergangsformen zwischen den einzelnen klinischen Gruppen. Wir wollen daher vorderhand ganz darauf verzichten, die versuchten Abtrennungen im einzelnen durchzuführen. Dagegen wird es von hervorragender wissenschaftlicher wie praktischer Wichtigkeit sein, die Dementia praecox von anderen Erkrankungen mit wesentlich abweichender Prognose unterscheiden zu können. Dabei haben wir zunächst zu betonen, dass es kein einziges Krankheitszeichen gibt, welches hier ausschlaggebend wäre. Insbesondere kommen die eigentlich katatonischen Störungen, Negativismus und Befehlsautomatie, Stereotypie, Maniriertheit, Impulsivität, auch bei verschiedenartigen anderen Formen des Irreseins, bei der Paralyse, bei senilen und anderen organischen Hirnerkrankungen, bei manchen Infektionen, endlich auch beim manisch-depressiven Irresein, bei der Epilepsie gelegentlich zur Beobachtung, ganz abgesehen von der Idiotie. Freilich sind es in der Regel nur einzelne Züge aus jenem Bilde, die wir antreffen; bisweilen handelt es sich gar nur um äusserlich ähnliche, aber schwer auseinander zu haltende Krankheitszeichen. Massgebend für die Diagnose darf aus diesen Gründen immer nur das Gesamtbild des vorliegenden Krankheitsfalles sein, nicht das einzelne Zeichen. Wir können uns ja sehr gut vorstellen, dass verschiedene Krankheitsvorgänge zeitweilig in ganz gleicher Weise eine bestimmte Gruppe von Störungen auszulösen vermögen; es ist aber ausserordentlich unwahr-

scheinlich, dass dabei auch nach allen übrigen Richtungen hin genau dasselbe Bild entsteht, von Entwicklung, Verlauf und Ausgang des Krankheitszustandes ganz zu schweigen.

Bei den hebephrenischen Formen mit langsamer Entwicklung kann zunächst die Abgrenzung von neurasthenischen Zuständen in Betracht kommen. Massgebend sind hier vor allem die Zeichen der psychischen Schwäche, die Unsinnigkeit der hypochondrischen Klagen, die Urteilslosigkeit, die Unzugänglichkeit gegenüber den beruhigenden Versicherungen des Arztes, die gemütliche Stumpfheit, das Ausbleiben der Besserung beim Ausspannen, ferner die mehr oder weniger deutlichen Erscheinungen der Befehlsautomatie oder des Negativismus. Sinnestäuschungen und Triebhandlungen sprechen durchaus für Dementia praecox.

Ungemein schwierig kann in den mittleren Lebensjahren öfters die Abgrenzung der Dementia praecox von der Paralyse werden, wenn keine entscheidenden körperlichen Zeichen vorhanden sind. Die psychischen Bilder können einander in hohem Grade gleichen, umso mehr, da auch in der Paralyse bisweilen allerlei katatonische Zeichen auftreten, Katalepsie, Mutacismus, Verbigeration, Stereotypie. Allerdings pflegen diese Erscheinungen hier nicht so mannichfaltig und so eigenartig ausgeprägt zu sein wie in der Katatonie; auch tritt die einfache Unfähigkeit und Willensschwäche bei der Paralyse mehr in den Vordergrund gegenüber der Schrullenhaftigkeit und Unlenksamkeit des Katatonikers; der geistige Verfall nimmt beim Paralytiker meist rascher schwere Formen an. Endlich aber ergreift die Störung hier am stärksten das Gebiet der Auffassung und Orientierung, namentlich aber des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit, während bei den Kranken mit Dementia praecox gerade diese geistigen Leistungen im Verhältnisse zu der ausgeprägten gemütlichen Stumpfheit und der Urteilsschwäche lange Zeit überraschend gut erhalten bleiben, wenn sie nicht durch Negativismus scheinbar herabgesetzt werden. Das Auftreten deutlicher Gehörstäuschungen und die Ausbildung von stehenden Manieren machen die Dementia praecox sehr wahrscheinlich. Für die Paralyse sprechen vor allem reflektorische Pupillenstarre und Sprachstörung, doch kann die letztere bisweilen durch manieriertes Sprechen vorgetäuscht werden, während der sichere Nachweis der ersteren gelegentlich recht schwie-

rig ist. Epileptiforme oder selbst apoplektiforme Anfälle können bei beiden Krankheiten vorkommen. Wirkliche Lähmungen sind allerdings bei der Dementia praecox ungemein selten; sie pflegen sich weit langsamer auszugleichen, als bei der Paralyse. In zweifelhaften Fällen kann der Nachweis zahlreicher Leukocythen in der Cerebrospinalflüssigkeit durch die Lumbalpunktion die Diagnose der Paralyse sichern.

Die Zustände von Benommenheit und Verwirrtheit im Beginne der Erkrankung pflegen allgemein als Amentia aufgefasst zu werden. Will man jedoch, wie es hier geschehen ist, die nach Ursache, Erscheinungsform und Verlauf durchaus eigenartigen Erschöpfungspsychosen von der wesentlich verschiedenen Dementia praecox abtrennen, so ist besonders auf den Negativismus und die Stereotypie Gewicht zu legen. Auch die Befehlsautomatie in ihren verschiedenen Gestaltungen pflegt bei der eigentlichen Amentia, wenn auch nicht ganz zu fehlen, so doch weit schwächer ausgebildet zu sein. Die Kranken benehmen sich natürlicher, ungezwungener, nicht läppisch und schrullenhaft. Die Verarbeitung der Wahrnehmungen und namentlich die Orientierung und Merkfähigkeit sind in der Amentia weit stärker gestört, als in der Dementia praecox. Jene Kranken sind trotz besten Willens unfähig, längere zusammenhängende geistige Aufgaben zu lösen, sich auf einfache Bruchstücke ihres Wissens schnell zu besinnen, verlieren fortwährend den Faden, ergehen sich in beziehungslosen Erinnerungen, geben aber auf die einzelne Frage rasche und zutreffende Antwort. Dagegen liefern die Kranken mit Dementia praecox zwar oftmals ganz unsinnige oder überhaupt keine Antworten, können aber plötzlich durch eine geordnete Erzählung, eine treffende, von Nachdenken zeugende Bemerkung überraschen, bringen vielleicht selbst schwierigere geistige Leistungen zu stande, beherrschen geschichtliche und geographische Tatsachen. Zudem besteht in der Amentia eine ausgeprägte, wenn auch häufig unvermittelt wechselnde Färbung der Stimmung; die Kranken weinen und jammern plötzlich lebhaft, sind im nächsten Augenblicke gereizt und heftig, um dann wieder freundlich zu lachen oder zu singen. In der Dementia praecox dagegen fällt uns auch während lebhafter Erregungen meist sehr deutlich der Mangel an tieferer gemütlicher Ergriffenheit ins Auge, die Stumpfheit

und innere Gleichgültigkeit. Daher sehen wir auch die Kranken mit Amentia zwar ohne genaues Verständnis, aber mit lebhafter Aufmerksamkeit den Vorgängen in der Umgebung folgen, während in der Dementia praecox die Kranken merkwürdig wenig Teilnahme für dasjenige zeigen, was sie recht gut aufgefasst und begriffen haben. Dass der Amentia immer, der Dementia praecox nur hie und da einmal eine erschöpfende Ursache vorausgeht, soll nur noch kurz erwähnt werden.

Wiederholt ist es mir begegnet, dass ich beginnende Katatonien für epileptische Dämmerzustände gehalten habe. Die Verwechselung liegt besonders nahe, wenn etwa ein Krampfanfall voraufgegangen ist. Einen Anhalt für die Unterscheidung wird der Negativismus des Katatonikers gegenüber dem ängstlichen Widerstreben des Epileptikers geben können. Auffassung und Orientierung dürften im epileptischen Dämmerzustande meist schwerer gestört sein, als beim Katatoniker. Sinnlose Antworten auf einfache Fragen, rasche, richtige Ausführung von Aufforderungen sprechen mehr für Katatonie. Bei der Epilepsie pflegt sich deutlich die ängstliche oder verzückte Stimmung kund zu geben; das Handeln ist meist weniger triebartig, als durch bestimmte wahnhafte Vorstellungen und Gefühle beherrscht, die auch in den Reden zutage treten. Daher sehen wir den Epileptiker häufiger Angriffe, Fluchtversuche machen, Gewalttaten begehen, während das Treiben des Katatonikers die Kennzeichen des Sinnlosen, Absonderlichen trägt. Eine gewisse Stereotypie des Redens und Handelns kann in beiden Zuständen vorkommen, ebenso Verlust oder Trübung der Erinnerung. Dagegen wird die Vorgeschichte meist, der weitere Verlauf immer die Sachlage rasch klären.

Erhebliche Schwierigkeiten pflegt die Unterscheidung zwischen einer beginnenden Dementia praecox und dem ersten, depressiven Anfalle eines manisch-depressiven Irreseins zu bieten. Frühzeitiges Auftreten zahlreicher Gehörstäuschungen und unsinniger Wahnvorstellungen, namentlich die Idee körperlicher Beeinflussung, spricht sehr entschieden für Katatonie, zumal bei Erhaltenbleiben der Besonnenheit. Die Stimmung des Katatonikers ist im Zusammenhalt mit dem Inhalte seiner Wahnvorstellungen auffallend gleichgültig; er nimmt an den Vorgängen in der Um-

gebung keinerlei Anteil, begrüsst seine Angehörigen nicht, wenn sie ihn besuchen, spricht dabei kein Wort, verzehrt aber vielleicht mit Gier alles, was sie ihm mitgebracht haben. In der cirkulären Depression wird man dagegen niemals innere Angst oder tiefe Traurigkeit vermissen. Das lässt sich meist leicht nachweisen, sobald man Vorstellungen mit lebhaften Gefühlsbeziehungen anregt. Auch Besuche können hier zu plötzlichen Leidenschaftsausbrüchen von ausserordentlicher Heftigkeit führen und pflegen fast immer einen erheblichen Einfluss auf den Zustand auszuüben, meist in ungünstigem Sinne. Andeutungen von Befehlsautomatie, besonders Katalepsie, begegnen uns hier wie dort, doch werden cirkuläre Kranke kaum je wie die Katatoniker auf Befehl immer von neuem die Zunge vorstrecken, um sie durchstechen zu lassen. Das einförmige Jammern, wie es in manchen cirkulären Depressionszuständen und auch in der Melancholie beobachtet wird, darf nicht zur Annahme katatonischer Stereotypie verführen. Die stete Wiederkehr derselben sprachlichen Äusserungen und Gebärden ist hier nicht die Folge sinnloser, perseverierender Antriebe, sondern der Ausdruck einer dauernden, alles beherrschenden Gemütsbewegung, die immerfort dieselben Vorstellungen erzeugt und sich mit denselben Hilfsmitteln Luft zu machen sucht.

Auch den Negativismus des Katatonikers darf man nicht mit dem ängstlichen Widerstreben und der Hemmung im manisch-depressiven Irresein verwechseln. Dort begegnen wir starrem Widerstande bei jedem Versuche der Lageänderung, aber erst bei wirklichem Eingreifen; dagegen ertragen die Kranken einfache oder auch schmerzhafte Berührungen und selbst gefährliche Bedrohungen (Nadel am Auge) meist ohne stärkere Abwehr, lassen die in das Augenlid eingestochene Nadel ruhig stecken. Endlich kann der Widerstand von selbst oder unter dem Einflusse vorsichtigen Zwanges ohne weiteres in Befehlsautomatie übergehen. Hier dagegen beginnt das Widerstreben mit der drohenden Gefahr, gleichviel, ob eine Lageveränderung stattfindet oder nicht; auch nehmen die aus ihrer Stellung gebrachten Glieder nicht mit unverbrüchlicher Zähigkeit wieder genau die frühere Haltung an. Zugleich führt die drohende Annäherung zu lebhaften Gefühlsäusserungen, zu Aufschreien, Ausweichen, ängstlicher Abwehr.

Der stuporöse Katatoniker bewegt sich meist wenig oder gar nicht, besonders nicht bei Aufforderung. Wenn er aber doch handelt, so geschieht dies ohne erkennbare Verlangsamung, oft sogar ungemein schnell, während beim Gehemmten solche Handlungen, die Willensentschlüsse erfordern, langsam und zögernd zustande kommen, wie sich hie und da schon beim einfachen Erheben der Arme oder beim Zählen dartun lässt. Auch hier bleibt freilich manche geforderte Bewegung ganz aus, weil Angst oder zu starke Hemmung sie unterdrückt; im letzteren Falle sieht man häufig wenigstens die Ansätze zu der verlangten Handlung (leise Lippenbewegungen, Zucken in den Fingern), namentlich wenn die Hemmung allmählich durch kräftiges Zureden überwunden wird. Umgekehrt kann man beim Katatoniker beobachten, wie der etwa anfangs auftretende Antrieb unmittelbar darauf unterbrochen, rückgängig gemacht, vielleicht bei weiterem Zureden sogar in sein Gegenteil verkehrt wird. Ungemein schwierig kann die Abgrenzung zwischen Katatonie und manischem Stupor werden. Immerhin dürfte die eigentümlich lustige Stimmung, die, wenn auch versteckte, lebhafte Aufmerksamkeit für die Umgebung bei leichter Unbesinnlichkeit, die Beeinflussbarkeit durch Zureden und äussere Vorgänge, endlich das gelegentliche zweckvolle, übermütige Handeln der Manischen gegenüber der läppischen Heiterkeit, der Gleichgültigkeit und Unzugänglichkeit, den sinnlosen Bewegungsantrieben der Katatoniker bei längerer Beobachtung meist die Unterscheidung ermöglichen.

Die häufige Entwicklung der Dementia praecox in der Gefangenschaft erweckt nicht selten den Verdacht auf Verstellung. Namentlich das läppische Gebahren der Kranken und die Erscheinung des Vorbeiredens bei voller Besonnenheit, die Unempfindlichkeit gegen schmerzhafte Eingriffe machen in der Tat bisweilen so vollständig den Eindruck zielbewusster Verstellung, dass ich mich selbst wiederholt in diesem Sinne entschieden habe. Erst die weitere Erfahrung und insbesondere die Verfolgung der späteren Schicksale meiner Kranken haben mir gezeigt, dass die anscheinende Verstellung ein Krankheitszeichen war. Auch in ganz unverdächtigen Fällen begegnet uns öfters das gleiche, durch Negativismus und Querantriebe so eigenartig gestaltete Bild.

Die Stuporzustände der Paralytiker lassen sich in erster Linie

durch den Nachweis körperlicher Störungen abgrenzen. Ausserdem aber pflegt die Bewusstseinstrübung und die Auffassungsstörung tiefer zu sein; Gedächtnis und Merkfähigkeit sind regelmässig weit schwerer geschädigt. Die kennzeichnenden katatonischen Erscheinungen sind meist nur schwach ausgeprägt. Der Negativismus zeigt geringe Hartnäckigkeit und beschränkt sich gewöhnlich auf Mutacismus, Nichtbefolgung von Aufforderungen oder Nahrungsverweigerung; Triebhandlungen kommen wesentlich als einzelne Bewegungsstereotypen vor, und die schrullenhaften Manieren, die beziehungslosen Antworten, die Sprachverwirrtheit dürften höchstens andeutungsweise bei der Paralyse beobachtet werden.

Von grosser Wichtigkeit ist es, die Erregungszustände der Dementia praecox, insbesondere der Katatonie, von manischen Anfällen zu unterscheiden. Die Besonnenheit ist in der Manie stärker getrübt, als in der Katatonie. Während hier die Kranken auch in der wildesten Tobsucht meist über ihre Umgebung noch klar sind, werden wir in den schwersten manischen Erregungen stets einer erheblichen Störung der Auffassung, des Denkens und der Orientierung begegnen. Andererseits sind die Reden Katatonischer häufig völlig unsinnig trotz sehr geringer Erregung, während wir das wenigstens ungefähre Verständnis für die manischen Gedankengänge auch bei heftigster Tobsucht selten ganz verlieren. Dazu kommt in der Katatonie das Kleben an einzelnen Ausdrücken bis zur ausgeprägten Verbigeration, während der manische Gedankengang trotz aller Zusammenhangslosigkeit doch fast immer das Fortschreiten von einem Vorstellungskreise zum anderen erkennen lässt. Auch sinnloses, einförmiges Silbengeklingel spricht entschieden für Katatonie. Die Aufmerksamkeit des Katatonikers beschäftigt sich kaum mit der Umgebung, obgleich dieselbe recht gut aufgefasst wird, ist weit weniger ablenkbar; der Manische nimmt ungenau und flüchtig wahr, wendet sich aber jeder neuen Erscheinung zu, die in seinen Gesichtskreis eintritt. Von ihm wird der Arzt sofort angeredet, mit einem Schwall von Worten überschüttet, während der katatonisch Erregte sich gar nicht um ihn kümmert, in seinem Bewegungsdrange einfach fortfährt und nur durch besondere Bemühungen zu einer sinngemässen Antwort gebracht werden kann.

Die Stimmung ist in der Manie meist lustig, übermütig oder gereizt, bei der Katatonie aber läppisch, kindisch ausgelassen oder gleichgültig; in den Äusserungen der Kranken tritt auch bei geringer Erregung oft eine gesuchte Unflätigkeit hervor, wie sie uns bei Manischen nur in gelegentlichen Schimpfausbrüchen einmal begegnet.

Zu beachten ist ferner namentlich die Zwecklosigkeit der katatonischen Bewegungen gegenüber dem Beschäftigungsdrange des Manischen, der regelmässig Beziehungen zur Umgebung sucht. Dort sind die Bewegungen einförmig, wiederholen sich ungezählte Male in gleicher Weise, während sie hier, von wechselnden Eindrücken, Vorstellungen und Gefühlen abhängig, immer neue Formen anzunehmen pflegen. Nicht selten begegnen wir in der Katatonie einem auffallenden Missverhältnisse zwischen Rede- und Bewegungsdrang, vielleicht deswegen, weil beide hier weniger durch das Zusammenwirken höherer psychischer Vorgänge bestimmt werden. Die Kranken können in stürmischer Bewegung sein, ohne ein Wort dabei zu sprechen, oder sie schwatzen unaufhörlich, ohne sich von der Stelle zu rühren, und selbst ohne lebhaftere Gebärden. Daher spielt sich der Bewegungsdrang des Katatonischen oft auf kleinstem Raume, etwa in einem Teile des Bettes ab; der Manische sucht dagegen überall nach Gelegenheit zur Betätigung, läuft herum, beschäftigt sich mit anderen Kranken, folgt dem Arzte, treibt den verschiedenartigsten Unfug. Dazu kommen die Gezwungenheit und Gespreiztheit der Bewegungen, die Manieren und unsinnigen Antriebe bei der Katatonie, im Gegensatze zu dem natürlichen und dem Gesunden viel verständlicheren Benehmen des Manischen. Mit anderen Worten: In der Manie sind Auffassung, Denken, Orientierung verhältnismässig stärker gestört, als in der Katatonie, während hier durch die Krankheit namentlich die gemütlichen Beziehungen, das Handeln und der sprachliche Ausdruck in eigenartiger Weise geschädigt werden.

Schwere paralytische Erregungen können den katatonischen ausserordentlich ähnlich sein. Abgesehen von der Vorgeschichte, dem Lebensalter und den körperlichen Zeichen der Paralyse wird hier namentlich auf die tiefe Benommenheit der Paralytiker in solchen Zuständen Gewicht zu legen sein. Auffassung, Merk-

fähigkeit, Denken und Orientierung sind dabei, im Gegensatze zu dem Verhalten der Katatoniker, immer erheblich gestört.

Recht häufig werden Fälle von Dementia praecox als Hysterien aufgefasst; dazu pflegt einerseits das gezierte, oft erotische Benehmen der Kranken, andererseits das Vorkommen hysteriformer Krampferscheinungen zu verführen. Die faseligen Endzustände mit Wahnbildungen werden dann als hysterische Verrücktheit bezeichnet. Wie ich glaube, müssen wir durchaus an dem Satze festhalten, dass die Hysterie als solche niemals zur Verblödung führt; jedenfalls wird man schon aus praktischen Gründen gut tun, die verblödenden Fälle von denjenigen abzutrennen, die das ganze Leben hindurch mit vielfachen Schwankungen, aber ohne fortschreitende Abnahme der psychischen Leistungen, wesentlich gleichartig andauern. In der Tat gelingt es, die ersteren Formen mit ziemlicher Sicherheit von vornherein zu erkennen, wenn man die Zerfahrenheit des Gedankenganges, die Urteilslosigkeit, die unsinnigen Einfälle und Ideenverbindungen, die gemütliche Stumpfheit, die Einförmigkeit und Ziellosigkeit des Handelns berücksichtigt. Allen diesen Zügen steht die Findigkeit und Überlegtheit, die Launenhaftigkeit und Empfindlichkeit, die berechnende Schlauheit, die Herrschsucht und planmässige Hartnäckigkeit der Hysterischen gegenüber. Ausgeprägte Gehörstäuschungen und unsinnige Wahnbildungen entscheiden für Katatonie. Ich habe übrigens eine ganze Reihe von Fällen gesehen, in denen zunächst das Bild der Hysterie klar entwickelt zu sein schien, während sich weiterhin immer deutlicher die Zeichen der Verblödung geltend machten. Wir dürfen hier, wie bei den ähnlichen Erfahrungen auf dem Gebiete der Epilepsie, des manisch-depressiven Irreseins, der Paralyse, der Hirngeschwülste, wohl annehmen, dass der einsetzende Krankheitsvorgang bei dazu veranlagten Personen auch gewisse psychogene Störungen hervorruft, die das Zustandsbild demjenigen der Hysterie zeitweise ähnlich machen.

Die vielfachen Wahnbildungen im Verlaufe der Dementia praecox geben überaus häufig zu der Diagnose der Paranoia Veranlassung. Die grosse Mehrzahl der von anderen Irrenärzten mit diesem Namen belegten Fälle gehört nach meiner Überzeugung dem hier gezeichneten Krankheitsbilde an, vor allem

natürlich den paranoiden Formen. Ich stütze diese Auffassung auf die Erfahrung, dass diese Zustände nach verhältnismässig kurzer Zeit regelmässig entweder in einfachen Schwachsinn ohne nennenswerte Wahnvorstellungen, in wahnhafte Verworrenheit oder in hallucinatorische Demenz überzugehen pflegen, bei der von irgend einem sich weiter bildenden „System" meist ebenso wenig die Rede sein kann wie von dauerndem Festhalten der gleichen Ideen. Aber auch diejenigen Fälle, bei denen eine gewisse fortschreitende Entwicklung des Wahnes oder doch ein einfaches Festhalten ohne schwerere Störungen im Zusammenhange des Denkens und Handelns stattfindet, tragen in der Urteilslosigkeit, der Unfähigkeit, Widersprüche zu empfinden, Einwände zu widerlegen oder auch nur aufzufassen, in der Zerfahrenheit des Wollens und Handelns, in der gemütlichen Verödung bei gelegentlicher Reizbarkeit, endlich in den Andeutungen periodischer Schwankungen deutlich den Stempel von Endzuständen. Dazu kommt, dass in allen paranoiden Formen die Sinnestäuschungen ganz im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehen, und dass wir es hier regelmässig mit dem Wahne körperlicher Beeinflussung zu tun haben, in welchem sich, wie mir scheint, die Grundstörung der Dementia praecox widerspiegelt, der Verlust der Herrschaft über den Willen und das daraus entspringende Gefühl der Abhängigkeit von fremder Macht. Demgegenüber gehen die Wahnideen des Paranoikers wesentlich aus der krankhaften Vermutung und Deutung hervor, und die Sinnestäuschungen fehlen ganz oder spielen doch nur eine untergeordnete Rolle, führen jedenfalls niemals zu der Vorstellung telepathischer Beeinflussungen. Die Widersprüche mit der sonstigen Erfahrung werden empfunden und ebenso wie naheliegende Einwände durch besondere Gedankenarbeit ausgeglichen. Der innere Zusammenhang des gesunden wie des wahnhaften Denkens bleibt bis an das Ende des Kranken erhalten, der Kern des Wahnes immer derselbe.

Die äussere Haltung und die geistige Leistungsfähigkeit pflegt in der Dementia praecox schon nach kurzer Zeit empfindlich zu leiden. Die Kranken werden entweder unzugänglich, finster, reizbar oder faselig, läppisch und verlieren meist die Neigung zu selbständiger Beschäftigung; vielfach stellen sich Stereotypen und Manieren ein, schliesslich bisweilen fast völlige

Sprachverwirrtheit mit Wortneubildungen. Demgegenüber bewahrt der Paranoiker äusserlich stets die Haltung des Gesunden, bleibt nicht selten auf einzelnen Gebieten noch leistungsfähig und hat das Bedürfnis, sich zu betätigen, wenn auch ein allmählicher Rückgang der geistigen Fähigkeiten nicht zu verkennen ist; er bietet niemals katatonische Zeichen dar und bleibt in Reden und Handeln andauernd vollkommen geordnet und natürlich. In der Dementia praecox endlich begegnen wir unvermitteltem Wechsel des Zustandes, ängstlichen oder heiteren Erregungen, Stuporzuständen, Remissionen aller Krankheitszeichen. Dagegen verläuft die Paranoia ganz gleichmässig oder doch mit nur sehr geringfügigen Schwankungen, die nach Inhalt und Dauer in engster Beziehung zu den Wahnvorstellungen stehen; Nachlässe kommen wohl durch allmähliches Verblassen der leidenschaftlichen Gefühlsbetonungen, nicht aber durch Schwinden der Wahnvorstellungen zu Stande.

Die Endzustände der Dementia praecox können unter Umständen als Imbecillität aufgefasst werden. Wo die deutlichen Zeichen früherer Krankheitsvorgänge noch erkennbar sind, Sinnestäuschungen, Wahnbildungen, katatonische Erscheinungen, wird freilich die Entscheidung leicht sein. Schwierig dagegen kann sie ohne Kenntnis der Vorgeschichte werden, wenn entweder ein ganz einfacher Schwachsinn zurückgeblieben ist, oder wenn schon von Jugend auf ein gewisser Grad geistiger Schwäche bestanden hat, der durch die hebephrenische Erkrankung nur eine Steigerung erfuhr. Im allgemeinen wird uns das Verhältnis der vorhandenen Kenntnisse zu der augenblicklichen geistigen Leistungsfähigkeit zum richtigen Verständnisse des einzelnen Falles führen. Wo sich herausstellt, dass der Kranke sich früher Wissen und Fertigkeiten erworben hat, zu deren Aneignung er zur Zeit gänzlich unfähig erscheint, muss eben ein Krankheitsvorgang zerstörend in das geistige Leben eingegriffen haben. Oft gelingt es dann auch nachträglich, durch Schulzeugnisse, Aufsätze, Briefe aus früherer Zeit den bestimmten Nachweis eines mehr oder weniger deutlichen Rückganges der geistigen Leistungsfähigkeit zu führen. —

Da wir die eigentlichen Ursachen der Dementia praecox nicht kennen, wird die Behandlung derselben nur die Bekämpfung

der einzelnen Krankheitserscheinungen zur Aufgabe haben. Im Beginne ist bei den akut und subakut entstehenden Fällen zur Verhütung von Unglücksfällen und Selbstmorden meist die Verbringung in die Anstalt geboten. Bettruhe, Überwachung, Sorge für Schlaf und Nahrungsaufnahme sind hier die wichtigsten Erfordernisse. Bei den Erregungszuständen sind Dauerbäder am Platze, denen unter Umständen die planmässige Anwendung feuchter Wicklungen vorangehen muss. Schlafmittel und Narkotica, Hyoscin, Sulfonal, Trional, können im Beginne wurfweise versucht werden, um die Kranken der Behandlung mit Wicklung, Bad und Bettruhe leichter zugänglich zu machen. Während der Stuporzustände tritt die Sorge für Reinhaltung und Ernährung der Kranken in den Vordergrund. Gar nicht selten zwingt die anhaltende Nahrungsverweigerung zur Sondenfütterung; regelmässige, häufige Wägungen sind dabei unerlässlich. Der Gefahr vielfacher absichtlicher und unabsichtlicher Selbstverletzungen lässt sich durch die Anwendung des Polsterbettes einigermassen begegnen; trotzdem aber entstehen immer noch oft genug Hautabschürfungen, Quetschungen, Furunkel u. s. f., die dann auch bei diesen Kranken die Anwendung des Dauerbades erforderlich machen.

Sobald die akuten Störungen zurücktreten, gilt es, nach Möglichkeit zu erhalten, was die Krankheit nicht zerstört hat. Vielfach wird nun die Rückkehr in die Familie möglich und sogar zweckmässig sein, wenn die Verhältnisse einigermassen günstig und wenn nicht Erregungszustände, Unreinlichkeit, Nahrungsverweigerung und ähnliche schwerere Erscheinungen zurückgeblieben sind. Selbst manche der schwierigeren Kranken halten sich übrigens zu Hause überraschend gut, so dass man mit Entlassungsversuchen nicht allzu ängstlich zu sein braucht; bei weiblichen Kranken ist allerdings immer die Gefahr einer Schwängerung bei mangelhafter Aufsicht zu beachten. Die grosse Mehrzahl der geistigen Krüppel und Halbkrüppel nach Dementia praecox sammelt sich allmählich in den grossen Irren- und Pflegeanstalten an, ja diese Kranken bilden, da sie nicht rasch absterben und oft ihr ganzes Leben in der Anstalt zubringen, geradezu die Hauptmasse der versorgungsbedürftigen Irren. Was ihnen nottut, ist die Beschäftigung, die allein imstande ist, sie vor

völligem Versinken in Stumpfsinn zu bewahren. Für sie sind daher vielleicht noch mehr, als für andere Krankheitsformen, die Irrenkolonien mit ihrer mannigfaltigen Beschäftigung und der freien, die Selbständigkeit möglichst erhaltenden Behandlungsart ein kaum genug zu schätzender Segen. Vielfach sieht man hier selbst recht verblödete Kranke doch auf beschränktem Gebiete, in Feld und Garten, in Viehstall oder Werkstatt, beim Abschreiben, Zeichnen, Lesen, beim Kochen, Waschen oder im Bügelzimmer, bei der Hausarbeit oder in der Nähstube noch freudig und nützlich den Rest von Fähigkeiten verwerten, den ihnen die Krankheit gelassen hat. Bei den ungemein häufig auftretenden Erregungszuständen genügt meist die vorübergehende Versetzung in die Wachabteilung und Bettruhe.

VI. Die Dementia paralytica.

Aus der Reihe von Geisteskrankheiten, die mit gröberen nervösen Störungen einhergehen und auf eine tiefer greifende, anatomisch erkennbare Veränderung des Gehirnes hindeuten, hat sich seit den Schilderungen Bayles (1822) und Calmeils (1826), namentlich aber im Laufe der letzten Jahrzehnte, ein bestimmtes Krankheitsbild herausgehoben, dessen Studium wegen der hervorragenden Beteiligung des Seelenlebens nicht der Hirnpathologie, sondern vorzugsweise der Psychiatrie anheimgefallen ist. In der Tat hat jene ausgebreitete und fortschreitende Zerstörung der verschiedensten Teile des Nervensystems, welche der Dementia paralytica zu grunde liegt, so erhebliche und mannigfaltige Veränderungen der psychischen Leistungen zur Folge, dass sie vielfach die wichtigsten Erscheinungen im Krankheitsbilde darstellen, während man die begleitenden nervösen Störungen sogar lange Zeit hindurch als blosse „Complikationen" aufzufassen geneigt war.

Das allgemeine klinische Bild der Dementia paralytica*) oder progressiven Paralyse der Irren („Gehirnerweichung") ist dasjenige eines fortschreitenden Blödsinns mit sehr mannigfaltigen nervösen Reizungs- und Lähmungserscheinungen. Die psychischen wie die körperlichen Störungen erreichen regelmässig die denkbar höchsten Grade, wenn nicht vorher ein Zwischenfall dem Leben ein Ende macht; sie führen zur vollständigen Vernichtung der geistigen und physischen Persönlichkeit. Vielfach wird dieser

---

*) Voisin, traité de la paralysie générale des aliénés. 1879; Mendel, Die progressive Paralyse der Irren. 1880, Mickle, general paralysis of the insane, 2. ed. 1886; v. Krafft-Ebing, Nothnagels spezielle Pathologie u. Therapie, Bd. IX, 2. 1894; Ilberg, Volkmanns klinische Vorträge, 161; Binswanger, Deutsche Klinik VI, 2, 59. 1901.

Vorgang auch auf seelischem Gebiete von mehr oder weniger ausgeprägten Reizerscheinungen begleitet, von Aufregungen, Verstimmungen, Wahnbildungen verschiedensten Inhaltes. Was aber allen diesen Störungen den gemeinsamen Stempel aufdrückt, das ist eine eigenartige psychische Schwäche, welche dem Kundigen sofort die verhängnisvolle Grundlage des ganzen Krankheitsvorganges verrät.

Auf dem Gebiete der Verstandestätigkeit zeigt sich vom Herannahen der Krankheit an vielfach eine auffallende Erschwerung der Auffassung und des Verständnisses äusserer Eindrücke, die sich durch Messungen schon in ihren ersten Anfängen nachweisen lässt. Der Kranke wird zerstreut, unaufmerksam, nimmt die Vorgänge in seiner Umgebung nicht mit der früheren Klarheit und Schärfe wahr, achtet nicht mehr auf Einzelheiten, verwechselt und verkennt Personen und Gegenstände, übersieht wichtige Umstände oder Veränderungen, die ihm früher nicht entgangen wären, verirrt sich in ihm sonst bekannten Gegenden. Ich entsinne mich eines Zimmermannes, der eines Tages plötzlich den Arbeitsplatz nicht mehr auffand, auf dem er bis dahin regelmässig beschäftigt gewesen war.

Auch wenn die Störung auf den ersten Blick noch nicht stärker hervortritt, pflegt sie sich doch in der Unfähigkeit zu dauernder Anspannung der Aufmerksamkeit geltend zu machen. Das Verständnis für längere, verwickeltere Gedankengänge, für feinere Anspielungen und Witze geht dem Kranken verloren; er passt nicht mehr auf, überhört vieles, verliert den Überblick und Zusammenhang. Man kann daher in seiner Gegenwart öfters über ihn reden, ohne dass er es merkt. Schliesslich vermag er sich selbst im Kreise seiner gewohnten Verhältnisse und Obliegenheiten nur mit grosser Mühe oder gar nicht mehr zurecht zu finden.

Auf diese Weise entwickelt sich eine mehr oder weniger ausgesprochene Bewusstseinstrübung, und der Kranke lebt nun wie im Traume oder wie in einem leichten Rausche. Einer meiner Kranken wurde daher vom Untersuchungsrichter geradezu für betrunken gehalten. Oft liefert schon im Beginne des Leidens diese eigentümliche Benommenheit, welche den Kranken bis zu einem gewissen Grade der Wirklichkeit entrückt, ein bedeutsames diagnostisches Merkmal. Späterhin kann die Desorientiert-

heit trotz anscheinender Besonnenheit in einzelnen Fällen bei oberflächlicher Betrachtung sogar den Eindruck eines epileptischen Dämmerzustandes machen. Der Kranke versteht wohl die an ihn gerichteten Fragen, erzählt ziemlich geordnet, hat aber keine Ahnung, wo er ist, mit wem er spricht, in welcher Lage er sich befindet, beachtet die Vorgänge in seiner Umgebung nicht, sondern lebt in einer ganz anderen Welt. In den letzten Stadien der Krankheit sinkt dann die Helligkeit des Bewusstseins dauernd und endgültig auf jene niedrigst möglichen Grade herab, welche eine Auffassung und Verarbeitung äusserer Eindrücke völlig ausschliessen.

Mit zu den ersten Zeichen der Krankheit gehört häufig eine Steigerung der Ermüdbarkeit. Dem Kranken fällt die langgewohnte Arbeit auffallend schwer; er muss häufige, neue Anläufe nehmen, sich ausruhen, fühlt sich nach kurzer Tätigkeit bereits abgespannt und unfähig. Bei jeder kleinen Schwierigkeit stockt er, verliert leicht den Faden, muss öfters von vorn anfangen. Nicht selten begegnet es ihm, dass er mitten in der Arbeit oder selbst in der Unterhaltung von Müdigkeit übermannt wird und einschläft.

Eine verhältnismässig geringe Rolle pflegen in der Paralyse Sinnestäuschungen zu spielen, so gering, dass man früher bisweilen ihr Vorkommen hier überhaupt geleugnet hat. Ohne Zweifel verläuft wohl die Mehrzahl der Fälle ohne solche Störungen; ebenso unzweifelhaft ist es aber, dass ausgeprägte Trugwahrnehmungen aller Sinne gelegentlich beobachtet werden. In vereinzelten Fällen treten Gehörstäuschungen so sehr in den Vordergrund, dass die Erkrankung zunächst in hohem Grade dem Wahnsinn der Trinker oder Cocainisten gleichen kann. Bisweilen hört man die Kranken mit verstellter Stimme auf ihre eigenen Äusserungen antworten, so dass eine Art Zwiegespräch mit einer eingebildeten Person zu stande kommt, ohne dass es sich jedoch um wirkliche Gehörstäuschungen handelt. Vielmehr werden hier Rede wie Gegenrede von den Kranken laut vorgebracht, während es bei den Unterhaltungen mit „Stimmen“ entweder ganz stumm hergeht oder doch nur die Erwiderungen der Kranken auf ihre hallucinatorischen Wahrnehmungen dem Hörer zugänglich sind. Sérieux berichtet von einer Kranken, die unter Zähneknirschen Sprechen in ihrer Zunge fühlte. Gefühlstäuschungen

mit dem Wahne geheimnisvoller Beeinflussung kommen gar nicht selten vor; hie und da treten auch Geruchstäuschungen auf. Überaus deutliche Gesichtstäuschungen werden bei den Kranken mit Sehnervenatrophie beobachtet, so lebhaft, dass die Kranken ihre Blindheit gar nicht bemerken, sondern sich in einer Welt von bunten, farbenreichen Gesichtseindrücken zu bewegen glauben. „Ich kann im Dunkeln sehen," antwortete mir ein solcher Kranker entrüstet auf meine Frage, ob er etwas wahrnehme; dabei war längst jede Spur von Sehvermögen erloschen.

Sehr tiefgreifend pflegt die Beeinträchtigung zu sein, welche Merkfähigkeit und Gedächtnis erleiden, so dass die Störungen auf diesem Gebiete als ganz besonders kennzeichnend für die Paralyse angesehen werden dürfen. Allerdings sind sie, wie Ranschburg auch durch Versuche zeigen konnte, zunächst in der Regel lange nicht so stark wie etwa bei der Korssakowschen Psychose; zudem macht sich ein gewisser Übungseinfluss bemerkbar. Vielleicht ist es im Anfange wesentlich die unsichere und traumhaft verschwommene Auffassung äusserer Eindrücke, welche dieselben nur kurze Zeit in der Erinnerung haften lässt. Der Kranke vergisst daher, im Gegensatze zu dem gewöhnlichen Verhalten des Gedächtnisses, namentlich die Ereignisse der jüngsten Vergangenheit. Er weiss nicht mehr, was ihm vor acht Tagen begegnet ist, mit wem er vorgestern spazieren ging, welche Briefe, welche Arbeiten er zu erledigen hatte. Späterhin nimmt die Störung jedoch erheblich zu, allerdings Hand in Hand mit der allgemeinen Verblödung. Dennoch trifft man öfters Kranke, die sich trotz leidlich erhaltener geistiger Regsamkeit nicht mehr entsinnen können, was sie vor einer Viertelstunde getan, ob sie den sie täglich begrüssenden Arzt schon einmal gesehen haben. Das Gefühl dieser Unsicherheit und Vergesslichkeit führt die Kranken bisweilen dazu, sich über jedes kleine Erlebnis, jeden Einfall, den sie haben, sofort Aufzeichnungen zu machen, in denen sie sich freilich später selbst nicht mehr zurechtfinden. Dem gegenüber können weiter zurückliegende Erinnerungen noch längere Zeit hindurch fest und lückenlos haften, während der frische Erwerb sich rasch und spurlos wieder verwischt. Es ist das dieselbe Erscheinung, der wir beim Altersschwachsinn begegnen. Paralytische Frauen nennen auf Befragen vielfach ohne

weiteres ihren Mädchennamen, um nur mühsam oder gar nicht auf ihren Ehenamen zu kommen.

Besonders rasch geht dem Paralytiker regelmässig die Möglichkeit einer zeitlichen Ordnung ihrer Erinnerungen verloren. Da sich dem Kranken die Wahrnehmungen nicht zu jener festgegliederten Kette von Erinnerungsbildern zusammenschliessen, welche uns rückschauend den Abstand der einzelnen Ereignisse von der Gegenwart abzuschätzen gestattet, so vermag er namentlich die seit der Erkrankung gemachten Erfahrungen nicht mehr in einen bestimmten Zeitabschnitt der Vergangenheit einzuordnen. Es gelingt ihm nicht, sich die Aufeinanderfolge seiner Erlebnisse und deren Zusammenhang untereinander ins Gedächtnis zurückzurufen. Die Zeitgrenzen verschwimmen ineinander und verwischen sich; es wird ihm unklar, ob seit einem bestimmten Ereignisse, seit seinem Eintritte in die Anstalt Monate, Wochen oder Tage verflossen sind. Schliesslich weiss er weder Wochentag noch Datum, ja oft nicht einmal die Jahreszahl, „weil er keinen Kalender hat“, oder er lässt sich doch in seinen Angaben ausserordentlich leicht irre machen. Nicht selten schreibt er z. B. als heutiges Datum Jahr und Tag seiner Geburt, kann ohne weiteres zu ganz unmöglichen Zusammenstellungen („30. Februar“) verleitet werden. Auch die gewöhnlichen Hilfsmittel des gesunden Menschen, ein Blick auf die Landschaft, den Stand der Sonne, die Helligkeit, die Temperatur u. s. f., nützen ihm nichts, da er sie nicht zu verwerten versteht. Trotz des geheizten Ofens glaubt er der Versicherung, dass es Sommer sei, und die frischen Kirschen auf dem Tische erregen ihm keinen Zweifel darüber, ob wir uns wirklich im Dezember befinden. Einer meiner Kranken fragte mich nach mehrmonatigem Anstaltsaufenthalte wochenlang tagtäglich von neuem, wo er sich denn eigentlich befinde; er müsse geschlafen haben, sei vor kurzem aufgewacht und sehe sich nun in einer ganz fremden Umgebung. Schon nach einer halben Stunde hatte er die ihm gegebene Auskunft vergessen und war immer wieder höchlichst erstaunt über die Veränderung, die sich mit ihm „während des Schlafes“ vollzogen haben müsse. Andere leben so sehr im Augenblicke, dass sie nicht einmal die Tageszeit mehr auffassen, nicht wissen, ob seit dem Aufstehen kürzere oder längere Zeit verflossen ist, ob sie schon zu Mittag

gegessen haben; sie kleiden sich vormittags aus, weil es Zeit zum Zubettgehen sei, sind gegen Abend entrüstet, dass man ihnen den Kaffee noch nicht gebracht habe. So hochgradig sind die Störungen freilich nur bei sehr weit vorgeschrittener Krankheit, aber sie sind doch oft auch schon im ersten Beginn auffallend genug, um mit grosser Wahrscheinlichkeit die Erkennung der Paralyse zu ermöglichen.

Ausser den jüngsten Eindrücken wird nach und nach aber ausnahmslos auch der Erwerb der ferneren Vergangenheit mit in die Gedächtnisstörung hineingezogen. Am leichtesten gehen dem Kranken Eigennamen verloren, besonders aber Zahlen und Daten. Während er frühere Erlebnisse inhaltlich noch leidlich gut vorbringen kann, verwirrt er sich in der zeitlichen Ordnung, verwechselt die Namen seiner Kinder und wird unsicher im Rechnen, eine Störung, die namentlich bei Kaufleuten und Beamten oft sehr auffallend und natürlich auch folgenschwer hervortritt. Das fest eingelernte Einmaleins haftet vielleicht noch leidlich, aber die Rechnungen, die das Festhalten von Zahlen im Gedächtnisse erfordern, namentlich das Abziehen und Teilen, misslingen sehr bald. Bisweilen enthüllen schon die beiden einfachen Fragen nach Alter und Geburtsjahr diese Schwäche, indem die Kranken zwei widersprechende Angaben machen, ohne deren Unvereinbarkeit zu bemerken; der Geburtstag pflegt fester zu haften, als das Jahr, und wird daher oft zunächst allein vorgebracht. Auch der hilfesuchende Blick, mit welchem sie sich bei solcher Gelegenheit nach ihrer Umgebung umsehen, das zögernde Nachdenken oder die ausweichende Antwort, das sei aufgeschrieben, stehe im Taufschein, der Herr Doktor wisse es, genügen, um dem kundigen Arzte sofort die Sachlage klar zu legen.

Unaufhaltsam vollzieht sich nunmehr eine fortschreitende Verarmung des Vorstellungsschatzes, welche schliesslich zur völligen Vernichtung des gesamten geistigen Besitzstandes führt. Natürlich ist die Schnelligkeit, mit welcher sich dieser Vorgang abspielt, eine sehr verschiedene. Sie wird wohl in erster Linie durch die Art und Stärke des Krankheitsprozesses bestimmt, dann aber auch durch den Umfang der persönlichen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit. Die Reihenfolge, in welcher allmäh-

lich der geistige Erwerb verloren geht, dürfte wesentlich von der Festigkeit abhängen, mit welcher die einzelnen Bestandteile haften. Stark eingeübte Gedankenverbindungen widerstehen am längsten; der Kaufmann pflegt später die Herrschaft über das Einmaleins zu verlieren, als der Bauer; ein junger Hausierer rechnete kleine Geldsummen noch geläufig zusammen, als er sonst schon tief verblödet war. Bisweilen haften einzelne ganz nebensächliche Vorstellungen, die durch ein zufälliges Ereignis in den Vordergrund gedrängt wurden, auffallend fest. Ein bereits sehr blödsinniger Kranker wiederholte jahrelang bei jeder Unterredung die Zimmernummer der Wasserheilanstalt, in der er sich bis zur Aufnahme in die Klinik befunden hatte. Schliesslich weiss der Kranke nicht mehr, ob er verheiratet ist, ob er Kinder hat, womit er sich früher beschäftigte, ja er hat vielleicht sogar sein Alter, seinen Wohnort und selbst seinen Namen vergessen, obgleich er sich noch halbwegs geordnet in seiner Umgebung zu bewegen vermag. Auch dann aber kann man bisweilen vorübergehend noch überraschend richtige Auskunft erhalten, ein Zeichen dafür, dass zunächst die Vorstellungen nicht selbst untergegangen waren, sondern der Kranke nur unfähig geworden ist, sie wachzurufen. Eine äussere Anregung kann ihm dabei zu Hilfe kommen. Späterhin schwinden sie freilich vollständig; der Kranke vermag dann nicht mehr seine nächsten Angehörigen zu erkennen.

In einzelnen Fällen lassen sich neben der allgemeinen Abschwächung des Gedächtnisses auch L ü c k e n desselben feststellen, bald von grösserem, bald von geringerem Umfange. Dieselben scheinen sich besonders gern im Anschlusse an die sogenannten paralytischen Anfälle zu zeigen. Eine meiner Kranken hatte, als sie nach einem kurz dauernden verwirrten Aufregungszustande wieder zur Besinnung kam, die Erinnerung an die letzten 5 Monate vor dem Eintritte vollständig verloren, obgleich sie sich in jener Zeit verlobt und verheiratet hatte. Während sie im übrigen vollkommen klar geworden war, zeigte sie sich höchst erstaunt, als nun ihr Mann sich ihr vorstellte. Nach einem späteren ähnlichen Anfalle vermochte sie sich auch ihres nur kurze Zeit zurückliegenden ersten, sechswöchentlichen Anstaltsaufenthalts nicht zu entsinnen und erkannte trotz ihrer sonstigen Besonnenheit die Ärzte und Wärterinnen durchaus nicht wieder.

Sehr häufig wird der Ausfall der Erinnerung ausgefüllt durch die Einbildungskraft. Gerade weil die wirklichen Reminiscenzen verblassen und verschwinden, hat die freie Erfindung einen weiten Spielraum. Nicht nur Träume, Gehörtes und Gelesenes werden nun als Erlebnisse in die eigene Vergangenheit zurückverlegt, sondern auch eine Reihe rein erfundener Vorstellungen, wie sie gerade der Augenblick hervorbringt. Der Kranke hat fabelhafte Abenteuer erlebt, grosse Schlachten geschlagen, mit zahlreichen Berühmtheiten auf vertrautem Fusse gestanden, seit unvordenklichen Zeiten alle historischen Ereignisse gelenkt und mitgemacht. Er hat England zerstört, die Perser vernichtet, Tausende der schönsten Frauen geraubt, das Zahlensystem, die elektrische Umwandlung von Holz in Gold erfunden, die Gedichte des Hafis verfasst, mit den Wikingern Amerika entdeckt. Auf diese Weise gerät der Kranke bisweilen in ein ganz eigentümliches, bunt wechselndes Spiel der abenteuerlichsten Vorstellungen hinein, welches in hohem Grade an unser Traumleben erinnert und in merkwürdigem Gegensatze zu seinem sonstigen, leidlich geordneten Benehmen steht. Am ausgeprägtesten scheinen sich solche traumhaften Dämmerzustände mit reichlichem Fabulieren bei den Kranken mit Opticusatrophie einzustellen; sie können Monate und Jahre dauern. Andererseits beobachten wir nicht selten gelegentlich, dass gerade die Erinnerung an die jüngste Zeit durch einzelne frei erfundene Reminiscenzen verfälscht wird. Der Kranke erzählt in gutem Glauben, dass er vor einer halben Stunde eine Mitteilung, einen Brief empfangen, Besuch gehabt, gestern beim Kaiser gespeist, sich am Morgen mit einer Prinzessin verlobt, eine Reise gemacht habe. In der Regel kann man solche Erzählungen durch Suggestivfragen hervorrufen und beeinflussen. Dabei merkt man dann meist, dass die Kranken sich bei den aus ihnen herausgelockten Äusserungen anfangs unsicher fühlen, sich aber allmählich in die Überzeugung hineinreden, dass alles wirklich so gewesen ist.

Diese Zugänglichkeit der Erinnerungen für äussere Anregung ist nur eine Teilerscheinung der allgemeinen Beeinflussbarkeit des Denkens bei unseren Kranken. Die in ihnen auftauchenden Vorstellungen wurzeln nicht fest und üben keinen richtunggebenden Einfluss auf das fernere Denken und Handeln aus. Vielmehr

werden sie durch äussere Eindrücke oder neue, unvermittelt entstehende Gedanken und Stimmungen rasch spurlos verdrängt. Die Kranken sind in hohem Grade ablenkbar; ein zufälliger Anstoss genügt, um sie zu zerstreuen und in ein ganz anderes Fahrwasser zu bringen. Ihr Gedankengang wird daher leicht ziellos und verworren. Vielfach macht sich dabei auch grosse Einförmigkeit bemerkbar; die geistig verarmten Kranken bringen die wenigen, ihnen zu Gebote stehenden Vorstellungen immer wieder vor, weil sie ihre früheren Äusserungen vergessen haben und zudem ausser stande sind, zu unterdrücken, was ihnen einmal in den Sinn kommt.

Eine weitere, folgenschwere und schon früh deutlich hervortretende Störung auf dem Gebiete des Verstandes ist die *Urteilslosigkeit* der Paralytiker. Durch dieses Krankheitszeichen offenbart sich dem Kundigen oft schon dann die ganze Grösse und Schwere des Leidens, wenn sonst noch gar kein Grund zur Besorgnis vorzuliegen scheint. Die Gemütsruhe, mit welcher der Kranke irgend einen unsinnigen Plan vorbringt, die Vernachlässigung der nächstliegenden Einwände, der geringe Widerstand gegen auftauchende Wahnbildungen, die Unfähigkeit zu folgerichtigem Denken, die Unüberlegtheit der Entschliessungen fallen meist schon früh in die Augen, obgleich die feststehenden, eingelernten Denkgewohnheiten den ganzen Umfang der Unfähigkeit in den höchsten geistigen Leistungen lange Zeit bis zu einem gewissen Grade verdecken können. Allmählich geht dem Kranken die Herrschaft über jene feststehenden Grundbegriffe, nach welchen wir die Welt beurteilen, die Fähigkeit, durch Beobachtung des Tatsächlichen die Gebilde unserer Einbildungskraft zu berichtigen, immer mehr und mehr verloren, und er gerät dadurch in eine Traumwelt, in welcher alles der eigenen Vorstellung, dem eigenen Wunsche, der eigenen Befürchtung entspricht. Auf diese Weise kommt es zur Entwicklung von *Wahnvorstellungen*; seine ganze Umgebung, seine gesamten Verhältnisse werden in seinem Sinne verändert, weil er sie mit besonderen Augen ansieht und nicht fähig ist, den schneidenden Widerspruch seiner gefärbten Auffassung mit der Wirklichkeit wahrzunehmen.

Was diesem Vorgange bei der Paralyse von Anfang an ein ganz eigenartiges Gepräge verleiht, das ist eben die *geistige*

Schwäche. Verhältnismässig selten beobachten wir für kürzere oder längere Zeit geschlossene, einheitliche Wahnbildungen, ähnlich denjenigen der Verrückten, die sich zudem durch eine gewisse Verschwommenheit und Bestimmbarkeit auszuzeichnen pflegen. Meist schiessen dafür bunt durcheinander die verschiedenartigsten Ideen empor, um ohne die mindeste Rücksicht auf die handgreiflichsten Widersprüche hingenommen zu werden. Daher die ausserordentliche Unsinnigkeit und Abenteuerlichkeit der paralytischen Wahnvorstellungen, die sofort über das Wahrscheinliche oder auch nur Mögliche mit verblüffender Unbefangenheit weit hinauszuschweifen pflegen. Wo die Regsamkeit der Einbildungskraft die Vernichtung der Kritik überdauert, kann die Massenhaftigkeit und Üppigkeit der Wahnbildungen zeitweise eine sehr grosse sein, ähnlich wie bei der Dementia paranoides.

Mit der geistigen Schwäche des Paralytikers hängt auch der Umstand zusammen, dass der Wahn hier nichts weniger als feststehend zu sein pflegt, sondern sich häufig durch innere Anstösse wie durch äussere Einflüsse fortwährend verändert. Neues taucht auf und Altes tritt in den Hintergrund. Jede Darstellung des paralytischen Wahnes pflegt zahlreiche und bedeutende Abweichungen von den früheren Lesarten darzubieten. Der Graf von gestern ist heute vielleicht Kaiser und morgen der jüngste Leutnant, ja es gelingt sehr häufig, durch verfängliche Fragen, Einreden und lebhafte Anregung den Kranken binnen wenigen Minuten zu einer raschen Steigerung seiner Ideen bis ins Ungeheuerlichste hinein zu treiben. Andererseits sehen wir die ausgedehntesten Wahnbildungen hier nicht selten ganz unvermittelt wieder schwinden. Sie geraten bei dem Kranken, auch ohne dass sie durch neue Vorstellungen ersetzt werden, einfach in Vergessenheit; seltener kommt es zu wirklicher Berichtigung mit klarer Anerkennung ihrer Wahnhaftigkeit.

Eine wirkliche Krankheitseinsicht kommt in der Paralyse zumeist nicht zu stande. Im Gegenteil fühlen sich die Kranken häufig gesünder als jemals, oder sie bemerken doch wenigstens nicht, dass ihre ganze geistige Kraft gebrochen ist, eben weil ihnen die Fähigkeit verloren gegangen ist, ihren jetzigen Zustand mit demjenigen in längst vergessenen gesunden Tagen zu vergleichen. Nur im Beginne der Krankheit ist bisweilen ein

richtiges Verständnis für die Natur des Leidens und das bevorstehende Schicksal vorhanden. Ich besitze den Brief eines Obersten, in welchem derselbe den Entschluss ankündigt, sich das Leben zu nehmen, weil er an Gehirnerweichung leide und ein blöder Tölpel werden müsse. Der weitere Verlauf der Krankheit rechtfertigte seine Ahnung nur zu vollkommen. Dass die Kranken wenigstens das Herannahen eines schweren, unheilbaren Leidens deutlich empfinden, ist nicht gerade selten. Vielfach lassen allerlei nervöse oder auch rein hypochondrische Beschwerden wohl den Patienten sich selbst für krank halten, ohne dass er doch die wahren Zeichen seines Leidens als solche auffasst und anerkennt. Manche Kranke halten Personen ihrer näheren Umgebung, z. B. die eigene Frau oder den Hausarzt, für geistig gestört und gehen deswegen gern auf den Vorschlag ein, einen Irrenarzt zu befragen.

Kaum geringere Störungen, als die Verstandestätigkeit, bietet die Stimmung der Kranken dar. In der ersten Zeit der Paralyse ist es namentlich die erhöhte Reizbarkeit, welche der Umgebung aufzufallen pflegt. Der Kranke ist launenhaft, leicht verstimmt und verdriesslich, gerät bei geringfügigen Anlässen in rasch vorübergehende, grundlos heftige Aufregung, in der er die Herrschaft über sich selbst vollständig verliert und sich wohl gar gelegentlich zu Tätlichkeiten hinreissen lässt. Auf der anderen Seite ist schon jetzt nicht selten eine gewisse Stumpfheit gegenüber weiterreichenden gemütlichen Anforderungen bemerkbar, die auf ein Zurücktreten der höheren und feineren Gefühle hindeutet. Die Freude an geistiger Arbeit, an künstlerischen Genüssen, an den gemütlichen Beziehungen zur Umgebung, zur eigenen Familie weicht einer trägen Gleichgültigkeit, die zu der sonstigen Reizbarkeit der Kranken in auffallendem Widerspruche steht.

Die gleichen Eigentümlichkeiten, leichte Erregbarkeit auf der einen, Mangel an tieferen, nachhaltigeren Gefühlen auf der anderen Seite, erhalten sich meist auch während des weiteren Verlaufes der Krankheit. Dabei zeigt die Färbung der Stimmung meist Übereinstimmung mit dem Inhalte der Wahnideen, vielleicht weil dieser letztere wesentlich durch jene beeinflusst wird. Grössenideen werden von befriedigter, oft überaus glückseliger

Stimmung begleitet, während wir auf der anderen Seite tiefe Niedergeschlagenheit oder heftige Angstzustände in Verbindung mit quälenden Wahnvorstellungen beobachten. Bisweilen allerdings werden auch trübe Vorstellungen mit strahlender Miene vorgebracht. Regelmässig aber ist es nicht eine und dieselbe Färbung des Stimmungshintergrundes, welche den ganzen Krankheitsverlauf begleitet. Vielmehr ist ein unvermittelter Wechsel der Gefühlsregungen in so hohem Masse der Paralyse eigentümlich, dass sich auf ihn bisweilen geradezu die Erkennung der Krankheit stützt. Mitten hinein in das Übermass der Fröhlichkeit bricht plötzlich ein Tränenstrom, oder das hypochondrische Elend wird durch die kindische Freude über irgend einen ausserordentlichen Vorzug abgelöst. Ganz besonders bemerkenswert ist es, dass es häufig gelingt, diese raschen Wandlungen durch die Anregung geeigneter Vorstellungen, ja schon durch den Tonfall der Stimme, den Gesichtsausdruck gewissermassen künstlich herbeizuführen und ebenso wieder zu beseitigen. Auch ohne Zusammenhang mit Wahnbildungen kann übrigens eine Art blöder Zufriedenheit oder unwirscher Missvergnügtheit das Fortschreiten der gemütlichen Stumpfheit bis zu ihren höchsten Graden noch längere Zeit begleiten.

Natürlich wird durch diese Störungen der Charakter des Kranken vollkommen umgewandelt. An Stelle der früheren Festigkeit und Selbständigkeit tritt eine fortschreitende Willensschwäche, die sich in auffallender Weichheit, Nachgiebigkeit, Haltlosigkeit, zuweilen auch in einer Art blödsinnigen, triebartigen Eigensinns kundgibt. Während die eigene innere Regsamkeit, die „Initiative", mehr und mehr schwindet, lässt sich der Kranke bei geschicktem Angreifen fast immer leicht nach jeder beliebigen Richtung hin lenken. Namentlich die von den Angehörigen meist sehr gefürchtete Verbringung in die Anstalt geht zu derer grösster Überraschung oft ohne jede Schwierigkeit von statten. Die sorglose Selbstverständlichkeit, mit welcher Paralytiker sich trotz völlig mangelnden Krankheitsgefühls ohne weiteres zur „Kur" entschliessen und sich in der Anstalt einzuleben pflegen, das schöne Zimmer, die gute Verpflegung, die Behandlung rühmen und gern „noch eine Zeitlang dableiben", zeigt ihre Willensschwäche vielleicht am deutlichsten. Ein paar freund-

liche Worte, ein Scherz, eine ausweichende Antwort genügen dann, den Kranken immer wieder zu beruhigen, auch wenn er täglich seine Abreise auf „morgen" anberaumt, seine Unentbehrlichkeit zu Hause betont und seine dringenden Zukunftspläne auseinandersetzt. Auf diese Weise wird er alsbald unfähig zu irgendwelcher geordneten Arbeitsleistung, da er seine Obliegenheiten zum Teil einfach vergisst oder vernachlässigt, zum Teil aber lückenhaft, unordentlich und fehlerhaft erledigt. Ein sehr fein gebildeter, vollständig besonnener Herr bat sich am Tage seines Eintritts in die Klinik ein Konversationslexikon zur Lektüre aus und wünschte am nächsten Tage einen neuen Band, da er den ersten ausgelesen habe.

Andererseits pflegt der Kranke auch widerstandslos den in ihm auftauchenden Antrieben und Einfällen zu folgen. Seine Handlungen tragen daher den Stempel des Unüberlegten und Planlosen. Einer meiner Kranken sprang aus dem Fenster des zweiten Stockwerks, um einen unten bemerkten Zigarrenstumpf aufzusuchen, und zog sich dabei einen Fibulabruch zu; ein anderer wollte sich an einem ganz dünnen Faden von oben herunterlassen und stürzte dabei in die Tiefe. Selbst Verbrechen, namentlich Diebstähle, können auf diese Weise begangen werden, ohne dass der Kranke im stande wäre, die Tragweite und Bedeutung derselben irgendwie zu übersehen. Häufig gesellt sich dazu eine überstürzte Vielgeschäftigkeit. In rascher Folge und ohne Besinnen sucht der Kranke seine wahnhaften Pläne auszuführen, nicht in der zähen, folgerichtigen, von langer Hand vorbereitenden Art des Verrückten, sondern er tut bereits die einleitenden Schritte, sobald ihm nur der Gedanke aufgestiegen ist, um ihn im nächsten Augenblicke wieder über etwas Anderem, Grösserem zu vergessen und fallen zu lassen.

Im Benehmen des Kranken macht sich die Paralyse als eine Abstumpfung gegen die Anforderungen des Anstandes und der Sitte geltend, die ihn, wie den Angetrunkenen, leicht Taktlosigkeiten, Ungeniertheiten und selbst grobe Verstösse begehen lässt, ohne dass er das mindeste Verständnis dafür besässe. Jene anerzogenen feinen Hemmungen und Antriebe, welche auch die äussere Form unseres Tuns und Lassens jederzeit nach der Rücksicht auf unsere Umgebung regeln, gehen dem Paralytiker meist

schon sehr früh verloren. Die Kranken vernachlässigen ihr Äusseres, haben keinen Sinn mehr für Ordnung und Sauberkeit, laufen in verwahrlostem Aufzuge, mit schmutzigen Nägeln herum, schliessen mit wildfremden Menschen rasch Freundschaft, prahlen in aufdringlicher Weise, drängen sich vor, kramen ihre zartesten Angelegenheiten öffentlich aus. Wo eine lange Gewohnheit oder natürliche Anlage sie sehr tief dem Wesen des Menschen eingeprägt hat, kann man übrigens auch recht blödsinnige Kranke noch die Schablone der Verkehrsformen leidlich gut sich bewahren sehen. Die häufig sich einstellende geschlechtliche Erregung äussert sich in dem Erzählen saftiger Geschichten, dem Aufsuchen zweideutiger Gesellschaft und schamlosen Ausschweifungen.

Bei grösserer Benommenheit oder fortgeschrittener geistiger Schwäche stellen sich endlich in der Paralyse nicht selten einzelne jener Krankheitserscheinungen ein, die wir früher als katatonische näher kennen gelernt haben. Nicht nur Katalepsie ist wenigstens vorübergehend häufig genug, sondern auch Echolalie, Echopraxie und Verbigeration. Andeutungen von Negativismus werden vielfach beobachtet, Stummheit, Nahrungsverweigerung, Widerstreben gegen Aufforderungen und Eingriffe, Zurückhalten von Kot und Urin, eigensinniges Festhalten derselben Stellung. Zumeist indessen ist der Widerstand der Kranken viel wechselnder und unbeständiger, als in der Katatonie, lässt sich auch öfters durch Zureden überwinden, so dass es zweifelhaft bleiben muss, ob die äusserlich ähnlichen Krankheitserscheinungen auch wirklich denselben Ursprung haben. Seltener sind ausgeprägtere Bewegungsstereotypen, unablässiges Wischen und Zupfen, Abwehrbewegungen, Pendeln, eintöniges, lange fortgesetztes tierisches Brüllen oder Schreien. Zudem scheinen sie nicht, wie bei der Katatonie, rein triebartig zu sein, sondern meist erstarrte Reste ursprünglich sinnvoller Handlungen darzustellen. Von der Berechtigung, solche vereinzelten Fälle zu einer besonderen, katatonischen Form der Paralyse zusammenzufassen, habe ich mich bisher nicht überzeugen können.

Was der Paralyse vor allem ihr eigenartiges klinisches Gepräge verleiht, sind die nervösen Störungen, welche den ganzen Verlauf derselben begleiten. Als sehr regelmässige Erschei-

nung im Beginne der Erkrankung beobachtet man starke Kopfschmerzen, die meist als ein dumpfer, aber äusserst heftiger Druck geschildert werden, als ob das Gehirn mit grosser Gewalt zusammengepresst würde. Am stärksten pflegt derselbe in der Stirngegend zu sein. Dazu gesellen sich oft die Anzeichen von Blutwallungen (Ohrensausen, Funkensehen, Schwindelgefühl). Von seiten der Sinnesorgane lässt sich anfangs oft gesteigerte Erregbarkeit, später nicht selten eine leichtere oder schwerere Abstumpfung der Empfindlichkeit feststellen, die aber zweifellos in der Regel vorzugsweise auf den psychischen Zustand, insbesondere die mangelnde Aufmerksamkeit zurückzuführen ist. Eine eigentümliche Sehstörung, die häufig nach paralytischen Anfällen hervortritt und sich bei negativem Augenspiegelbefunde durch Erschwerung des Erkennens und der Lokalisation von Gegenständen auszeichnet, ist von Fürstner beschrieben und auf Herderkrankungen in der Hinterhauptsrinde zurückgeführt worden; auch Worttaubheit und Asymbolie wird öfters beobachtet. Hie und da lassen sich hemianopische Störungen nachweisen, besonders nach paralytischen Anfällen. Auf der anderen Seite jedoch sind auch greifbare krankhafte Befunde am peripheren Sinnesorgane, am Auge, zu verzeichnen. Atrophie der Sehnerven verschiedenen Grades wird in 4—5, nach Möli's Angaben sogar in 12% der Fälle beobachtet, besonders bei den mit Hinterstrangerkrankungen einhergehenden Formen; bisweilen bildet sie das erste Anzeichen des herannahenden Leidens. Ausserdem hat man bisweilen über eine keineswegs eigenartige „Retinitis paralytica“ und eine ganze Reihe anderer, mehr gelegentlicher, recht verschiedener Veränderungen am Auge berichtet. De Martins fand häufig Geruchs- und Geschmacksstörungen, namentlich fast immer Verlust des Geschmackes für Salziges.

Sehr auffallend sind die Erscheinungen auf dem Gebiete des Hautsinnes. Im Beginne des Leidens stellen sich öfters allerlei unangenehme Empfindungen ein, allgemeines Jucken, Brennen, „rheumatoide“ Schmerzen, die bisweilen längere Zeit das einzige hervortretende Zeichen der Krankheit bilden. Ich sah einen derartigen Kranken, der über Reissen unter dem linken Schulterblatt klagte und schon seit Monaten vergeblich deswegen behandelt worden war, ohne dass man die

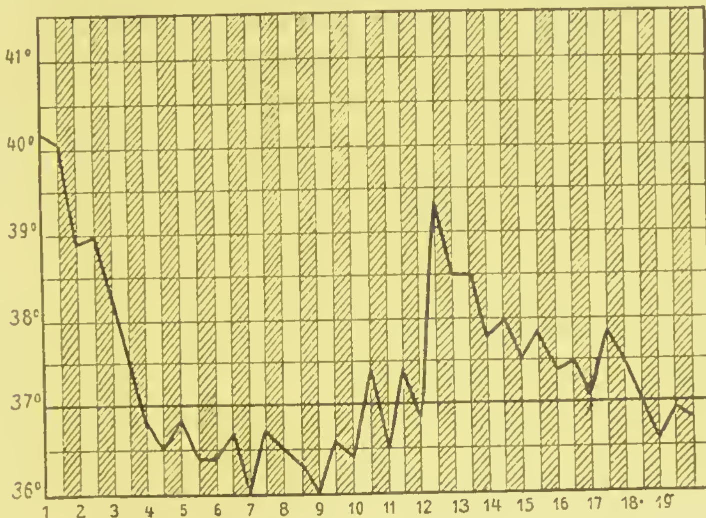
Paralyse erkannt hätte; ein anderer litt zunächst an einer Neuralgie des Penis und eines Testikels. Manche gelten lange Zeit als Neurastheniker oder Unfallsnervenkranke. Hie und da besteht Überempfindlichkeit gegen Kälte. Im weiteren Verlaufe entwickelt sich ausnahmslos früher oder später eine bedeutende Herabsetzung aller Qualitäten der Hautempfindlichkeit, vor allem aber eine sehr hochgradige Analgesie. Namentlich wenn man die Aufmerksamkeit des Kranken durch Fragen ablenkt, gelingt es zu seiner grössten nachträglichen Verwunderung sehr häufig schon in verhältnismässig frühen Stadien, eine Nadel quer durch eine Hautfalte hindurch zu stechen, ohne dass er dessen recht gewahr wird. Gerade diese Unempfindlichkeit gegen Schmerz begünstigt das Zustandekommen von allerlei Verletzungen, besonders ausgedehnten Verbrennungen, weil der Kranke die Gefahr nicht bemerkt und sich ihr daher auch nicht entzieht. Die Kranken zupfen sich die Finger wund, kauen die Fingernägel bis auf das freiliegende Nagelbett ab, stochern rücksichtslos im Munde herum, ja ich kannte einen Hauptmann, der sich in einer Nacht die Hand mit den Zähnen zerfleischte, weil ihm dieselbe als etwas Fremdes, gar nicht zu ihm Gehöriges erschien.

Ganz besonders in den Vordergrund treten bei der Paralyse die motorischen Störungen, als deren wichtigste wir wohl die „paralytischen Anfälle" zu bezeichnen haben. Die leichtesten Formen derselben bestehen in rasch vorübergehenden Schwindelanwandlungen, häufig von kurz dauernder Unfähigkeit, zu sprechen, oder Anstossen der Zunge, seltener von leichten Hemiparesen begleitet. Hie und da beobachtet man mehrtägige, sich ziemlich plötzlich zurückbildende völlige Aphasie ohne Lähmung. Erheblich ernster sind die epileptiformen Anfälle, die entweder den gewöhnlichen epileptischen Krämpfen gleichen, oder, häufiger, die Kennzeichen der Rindenepilepsie tragen. Ihnen gehen meist allerlei einleitende Störungen, Unbesinnlichkeit, grössere Stumpfheit, Schwerfälligkeit der Bewegungen, Herüberhängen nach einer Seite voraus, bis dann der Kranke plötzlich zu Boden sinkt und die Krämpfe beginnen. Häufig kann man nun das schrittweise Übergreifen der Reizung auf die einzelnen Abschnitte des motorischen Rindengebietes verfolgen. So stellt sich zuerst etwa ein leises Zucken in den Gesichtsmuskeln mit Verdrehen

der Augen und nystaktischen Bewegungen derselben ein; dann schreitet die Erregung auf den Hals, den Arm, die Atmungsmuskeln, den Bauch, das Bein derselben Seite fort, um endlich auch auf die entgegengesetzte Seite hinüberzugreifen, während sie vielleicht auf der zuerst befallenen schon wieder nachlässt. Kemmler hat darauf hingewiesen, dass die krampfhaften Zuckungen öfters eine deutliche Gleichzeitigkeit mit dem Pulsschlage darbieten und somit durch Reizwirkung der Blutwelle ausgelöst zu werden scheinen. Dieser Zusammenhang, der bis zur Dikrotie und Arhythmie ein peinlich getreuer sein kann, verwischt sich erst mit dem Eintreten von Herzschwäche oder durch das Überwiegen anderer, stärkerer Muskelbewegungen.

Die Ausbreitung der Krämpfe ist eine sehr verschiedene. Bisweilen sind nur einzelne umschriebene Gebiete dauernd oder mit geringer Abwechslung befallen; in anderen Fällen wandern die Krämpfe wiederholt über eine ganze Reihe von Muskelgruppen hin. Solche Anfälle können sich mit kürzeren oder längeren Zwischenpausen, in denen der Kranke schwer benommen oder unbesinnlich Arme und Beine bewegend daliegt, sehr häufig hintereinander, bisweilen 20-, 30-, ja 80- und 100mal innerhalb 24 Stunden wiederholen. In der Regel allerdings pflegt der Anfall schon nach einer oder einigen Stunden vorüber zu sein, doch wird nicht zu selten eine Dauer von mehreren, selbst bis zu 14 Tagen beobachtet. Ich sah bei einem Kranken unter wachsender Benommenheit, Zuckungen im rechten Facialis, dann der ganzen rechten Seite mit spastischer Parese, Hemianopsie und Hemianaesthesie auftreten; allmählich griffen die Störungen auf die linke Seite über; es kam zu wechselnden Krämpfen in den verschiedensten Muskelgebieten, zu völliger Aphasie und Worttaubheit, und erst am 15. Tage erfolgte der Tod. Die Körperwärme ist meist erhöht, bisweilen beträchtlich. In Figur XIII ist der Gang der Eigenwärme während zweier aufeinanderfolgender paralytischer Anfälle wiedergegeben; die Schraffierung bedeutet die Nachtstunden. Man sieht das plötzliche Ansteigen und langsamere Abfallen der Curve bis zu subnormalen Temperaturen; es scheint fast, als wenn der zweite Anfall sich doch erst allmählich vorbereitet hätte. Der Harn enthält öfters Eiweiss. Blase und Mastdarm sind häufig gelähmt, so dass es zu Harnverhaltung und

Kotstauung mit deren Folgezuständen, Pyelitis, Nephritis, Periproktitis, kommen kann, wenn nicht für rechtzeitige Entleerung beider Organe gesorgt wird. Die selbständige Nahrungsaufnahme ist wegen Lähmung der Schlingmuskulatur unmöglich. Da ausserdem die Kehlkopfreflexe oft gänzlich aufgehoben sind, so liegt eine ernste Gefahr für den Kranken in der Aspiration von Speichel aus der mit reichlichen Zersetzungsstoffen erfüllten



Figur XIII.
Gang der Eigenwärme während zweier mehrtägiger paralytischer Anfälle.

Mundhöhle (gelegentliche Parotitis); in der Tat finden wir bei der Mehrzahl der im Anfalle zugrunde gehenden Paralytiker Schluckpneumonien (sog. „hypostatische Pneumonien") als Todesursache. Endlich fordert bei ungenügender Pflege auch der hier überaus leicht entstehende Druckbrand immer noch zahlreiche Opfer.

Das Erwachen aus dem Anfalle geschieht immer allmählich, oft durch ein Stadium grosser Verwirrtheit und Benommenheit hindurch. Aber auch weiterhin bemerkt man fast regelmässig eine erhebliche Zunahme der psychischen Schwäche, in einzelnen Fällen plötzlichen tiefen Blödsinn nach einem bis dahin nahezu normalen Verhalten. Gleichzeitig bleiben gern allerlei Herderscheinungen zurück, umschriebene oder halbseitige Lähmung,

Zwangsbewegungen, Spasmen, Sprachstörungen, Aphasie, Worttaubheit, Hemianopsie, Empfindungslähmungen, die sich meist bald wieder verlieren, zuweilen aber auch dauernd bestehen bleiben.

Eine weitere, im ganzen seltene Gestaltung der paralytischen Anfälle sind die apoplektiformen Anfälle, welche ganz in der Art des gewöhnlichen Schlaganfalls mit plötzlicher Bewusstlosigkeit, Zusammenbrechen, stertorösem Athmen, tonischer Spannung oder schlaffer Lähmung eintreten und bald mit nachfolgender Hemiplegie, Contracturen, aphasischen Störungen, bald ohne jede Folgeerscheinung verlaufen, häufig genug aber auch ganz unvermutet dem Leben ein Ende machen. So manche der in mittleren Lebensjahren plötzlich tötlich verlaufenden „Schlaganfälle“ sind wahrscheinlich auf beginnende paralytische Erkrankung zurückzuführen, wie sich in einzelnen Fällen aus dem Hirnbefunde dartun lässt.

Ausser diesen mit schweren Bewusstseinstrübungen einhergehenden Anfällen kennt man bei Paralytikern noch eine Reihe anderer, mehr oder weniger plötzlich einsetzender Störungen, die man vielleicht unter dem gleichen Gesichtspunkte zu betrachten berechtigt ist. Am einleuchtendsten ist diese Auffassung für die bisweilen bei völlig klarem Bewusstsein sich einstellenden und ebenso rasch wieder verschwindenden Lähmungen. Einer meiner Kranken erlitt im Beginne seines Leidens auf diese Weise eine Lähmung der rechten Seite mit artikulatorischer Sprachstörung, Behinderung des Schluckens und Facialisparese; die Störungen verschwanden wieder, doch blieb ein deutlicher Schwachsinn zurück. Anfallsweise Zuckungen einzelner Muskeln, Muskelgruppen oder Glieder, Schüttelkrämpfe, plötzliche Schwäche im Arm, Versagen eines Beines beim Auftreten u. dergl. sind nicht gerade selten. Auch auf sensorischem Gebiete gibt es derartige Anfälle; vorübergehende Parästhesien, Empfindungslähmungen, Gesichtsfelddefekte, schwere Migräne, Wallungen, zeitweise auftretendes Flimmerskotom können die Einleitung der Paralyse bilden. Neisser denkt an die Möglichkeit einer verschiedenen Lokalisation der Störung nach der Art des Anfalles und spricht geradezu von bulbären, spinalen, cerebellaren Anfällen. An diese schliessen sich ferner die plötzlich auftretenden Zustände von deliriöser Verwirrtheit mit Unbesinnlichkeit, Erre-

gung, Rötung des Kopfes, erschwerter Sprache, Erbrechen, Temperatursteigerung, die man zuweilen bei Kranken beobachtet, welche sonst typische paralytische Anfälle darbieten.

Die klinische Übereinstimmung solcher Störungen mit den früher beschriebenen Anfällen ist namentlich auch im Hinblicke auf unsere Erfahrungen bei der Epilepsie eine so grosse, dass wir hier wohl ein Recht haben, von unausgebildeten, rudimentären Anfällen zu sprechen. Alle diese verschiedenen Formen können in jedem Abschnitte der Krankheit auftreten, doch sollen die apoplektiformen Anfälle vorzugsweise der ersten Zeit angehören; sonst beobachtet man die leichteren Anfälle mehr im Beginne, die schwereren häufiger in der späteren Zeit. Nicht so selten bildet ein paralytischer Anfall das erste greifbare Zeichen der herannahenden Krankheit.

Die Häufigkeit der Anfälle*) hat Heilbronner nach den Erfahrungen in München auf etwa 60% bei seinen Kranken, Behr aus Hildesheim auf 58,3% bei Männern und 51,3% bei Frauen angegeben; demgegenüber beobachtete Räcke in Tübingen nur bei 34,5% der Kranken Anfälle; auch ich fand sie nur in etwa 36%. Bei den Vorstorbenen allein steigt diese Zahl allerdings auf 46%, weil sich gerade in der letzten Krankheitszeit vielfach noch Anfälle einstellen. Der Grund für diese immerhin niedrigen Zahlen liegt wahrscheinlich in dem Umstande, dass in den Kliniken die Bettbehandlung in weit grösserem Umfange durchgeführt werden konnte, als in den grossen Anstalten. Auch Kemmler hat darauf hingewiesen, dass in Breslau die Zahl der beobachteten Anfälle mit Ausdehnung der Bettbehandlung wesentlich abgenommen hat. Bei Männern scheinen die Anfälle etwas häufiger zu sein, als bei Frauen; Hoppe fand sie dort in 43,1, hier nur in 29,3 der Fälle. Von den verschiedenen klinischen Gestaltungen der Paralyse zeichnen sich nach meinen Erfahrungen besonders die einfach verblödenden Formen durch zahlreichere Anfälle aus; sie erreichen nach meiner Zusammenstellung hier eine Häufigkeit von 45,4, bei den schon Verstorbenen von 55,3%, während sie bei der expansiven Form auf 33% sinken. Als Gelegenheitsur-

*) Heilbronner, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LI, 22; Behr, ebenda LVII, 719; Hoppe, ebenda LVIII, 1079; Räcke, Archiv f. Psych. XXXV, 547.

sachen der Anfälle werden Gemütsbewegungen, Ausschweifungen, Magenüberfüllung, Kotstauung (Darminfektionen) namhaft gemacht; meist ist jedoch ein bestimmter Anlass gar nicht erkennbar.

Regelmässige Störungen bietet der motorische Apparat des Auges dar. Parese einzelner Augenmuskeln, namentlich vorübergehende, werden nicht gerade selten, nach Räckes Angabe in 18,2% der Fälle, vollständige Ophthalmoplegie jedoch nur ganz ausnahmsweise beobachtet. Dagegen findet sich nach den ausgedehnten Erfahrungen in Berlin Differenz der Pupillen in 57,5%, Starre derselben in 34%, sehr träge Reaktion in 35,5% der Fälle; hier sind die Pupillen oft gleichzeitig eng. Siemerling gibt neuerdings die Häufigkeit der reflektorischen Pupillenstarre auf 68% an; Westphal fand sie in 50%, Räcke in 58,2%, Differenzen in 83,6%. Torkel sah die Häufigkeit der Pupillenstarre im Laufe des Anstaltsaufenthaltes von 33 auf 41% ansteigen. Vielfach sind die Pupillen nicht rund, sondern infolge von ungleicher Innervation der einzelnen Irisabschnitte, seltener von Verwachsungen, oval, eckig oder verzogen. Bei einseitiger Aufhebung oder Abschwächung der Reaktion auf Licht, Akkommodation oder bei Lidschluss kann ein Wechsel in der Pupillendifferenz vorkommen, der sich, wie Piltz gezeigt hat, auch künstlich hervorrufen lässt, da die bewegliche Pupille je nach den Bedingungen bald enger, bald weiter wird, als die starre. Hirschl fand auch die sympathische Pupillenreaktion, die Erweiterung bei schmerzhaften Reizen, bei der Paralyse oft gestört, bisweilen schon zu einer Zeit, in der die Lichtreaktion noch gut erhalten war. Weiterhin beobachtet man häufig einseitige oder doppelseitige Ptosis, Bulbusunruhe, seltener Mydriasis oder raschen Wechsel der Pupillenweite.

Die Gesichtszüge sind schlaff (Verstreichen der Nasolabialfalten), ausdruckslos; oft genug bemerkt man auch Ungleichheit der Gesichtshälften, Herabhängen des einen Mundwinkels. Ungemein häufig sind fibrilläre Zuckungen und ausgiebige Mitbewegungen, wenn man den sehr leicht in Verwirrung geratenden Kranken auffordert, abwechselnd verschiedene coordinierte Bewegungen auszuführen, die Augen zu schliessen, den Mund zu öffnen, die Zunge vorzustrecken u. s. f. Man sieht es wie eine Art „Wetterleuchten" durch die ganze Gesichtsmuskulatur hindurchzittern,



Paralytikergruppe.

während der Kranke angestrengt die einzelnen, ihm gestellten Aufgaben zu lösen sucht. Die ganze Körperhaltung ist schlaff, ohne Spannkraft. Man erkennt diese Störung wie die Stumpfheit und Verblödung im Gesichtsausdrucke deutlich auf dem beigegebenen Gruppenbilde. Der Kranke in der Mitte zeigt seine gehobene Stimmung durch den angesteckten Strauss; sein Nachbar zur linken hat eine linksseitige Facialisschwäche.

Die Stimme wird eintönig, verliert ihre Ausdrucksfähigkeit und öfters auch ihren gewohnten Klang (Stimmbandparese), hie und da das erste auffallende Zeichen der Paralyse, namentlich bei Sängern. Die Zunge weicht nicht selten ab, zeigt starke fibrilläre Zuckungen, wird ungeschickt, stossweise und unter zahlreichen Mitbewegungen, Aufreissen der Augen, Stirnrunzeln, ja selbst unter Zuhilfenahme der Finger hervorgestreckt. Um die Muskelstösse zu verhindern, klemmt der Kranke die Zunge beim Vorzeigen bisweilen unwillkürlich zwischen den Zähnen fest. Das Schlucken ist namentlich in den letzten Stadien der Krankheit sehr erschwert; der Kranke verschluckt sich leicht, ohne aber wegen der Unempfindlichkeit des Kehlkopfeinganges immer in genügend kräftiger Weise darauf zu reagieren. Ein weiteres Zeichen bulbärer Erkrankung bildet das bisweilen beobachtete zwangsmässige Lachen. „Mir ist's gar nicht ums Lachen", sagte mir eine solche Kranke. Bei einer anderen fand sich in der Tat neben den allgemeinen paralytischen Veränderungen ein grosses Gumma im Pons. Häufig beobachtet man ferner bei vorgeschrittenem Blödsinn lange fortgesetztes, rhythmisches Zähneknirschen, welches fast als kennzeichnend für die Paralyse angesehen werden darf. In einem Falle sah ich die Krankheit mit äusserst heftigen und hartnäckigen Accessoriuskrämpfen beginnen.

Zu den allerwichtigsten Zeichen der Paralyse gehören die Veränderungen, welche die Sprache*) erleidet. Wir haben dabei zu unterscheiden zwischen aphasischen und artikulatorischen Störungen. Zustände vorübergehender, selten länger dauernder Aphasie schliessen sich ungemein häufig an paralytische Anfälle an. Einer meiner Kranken konnte wochenlang den Namen keines einzigen Gegenstandes finden, den man ihm zeigte, obgleich er

*) Trömner, Archiv f. Psychiatrie, XXVIII, 190.

die Dinge selbst erkannte. Weit hartnäckiger pflegt die Paraphasie zu sein, die viele Monate unverändert fortbestehen kann. Hier werden entweder einzelne Dinge mit unrichtigen Namen belegt, oder es kehren gewisse stereotype Bezeichnungen fälschlicherweise bei den verschiedensten Gelegenheiten wieder. Viel seltener ist Worttaubheit, die sich zudem wegen des Schwachsinns der Kranken meist schwierig erkennen lässt. Namentlich nach paralytischen Anfällen indessen sieht man öfters, dass die Kranken selbst die einfachsten Anreden durchaus nicht verstehen, mimischen Aufforderungen aber sofort nachkommen. Diesen Störungen nahe verwandt ist der bei Paralytikern öfters beobachtete Verlust ihrer musikalischen Begabung, der Fähigkeit, Melodien aufzufassen, besonders aber richtig und rein zu singen und nachzusingen.

Ebenfalls den centralen Sprachstörungen gehört der hie und da beobachtete Agrammatismus an, die Unfähigkeit, richtige Sätze zu formen. Die Kranken sprechen nach Art der Kinder ohne Verbindungswort oder in Infinitiven. Weit häufiger ist die Zusammensetzung der Wörter aus Silben gestört. Nach Trömners Ausführungen können wir hier die Auslassung („Elektrität“), die Zusammenziehung („Exität“) und die Verdoppelung der Silben („Elektricicität“) auseinanderhalten. Diese letztere Störung, der sich die unwillkürliche Anhängung tonloser Silben anreiht, findet sich namentlich am Ende der Wörter. Die Endsilbe wird hier bisweilen trotz sichtlichen Widerstrebens vom Kranken drei-, viermal und öfter rasch wiederholt, bis seine Sprachwerkzeuge zur Ruhe kommen („Anton-ton-ton-ton“). Ich möchte für diese sehr auffallende Störung, welcher ähnliche Erscheinungen auf anderen Muskelgebieten entsprechen, und die wohl als Perseverationserscheinung aufzufassen ist, den Namen „Logoklonie“ vorschlagen. Infolge aller dieser Störungen, die sich vielfach mit der Aphasie verbinden, kann die Sprache vollständig in einem Gemisch unsinniger, häufig wiederholter Silbenverbindungen untergehen. Ich kannte einen sehr gebildeten Kranken, bei dem das erste auffallende Anzeichen der Paralyse ein leichter Schlaganfall war, nach welchem er einige Stunden hindurch die 5 oder 6 Sprachen, die er beherrschte, in ganz unverständlicher Weise durcheinander warf.

Noch häufiger, als die centralen Sprachstörungen, sind Artikulationsbehinderungen, die sich zunächst vielleicht nur im Gefolge der paralytischen Anfälle oder in der Erregung, später aber dauernd geltend machen. Dieselben lassen sich in zwei verschiedene Gruppen zerlegen, welche sich im einzelnen Falle freilich meist miteinander verbinden, in paretische und ataktische, coordinatorische Störungen. Die Schwerfälligkeit in den Bewegungen der Lippen- und Zungenmuskulatur hindert den Kranken, einzelne Buchstaben klar hervorzubringen, und noch mehr, verwickeltere Buchstabenverbindungen rasch im Zusammenhange auszusprechen, also von einer Sprechstellung glatt in die andere überzugehen. Es kommt auf diese Weise zu einer Verlangsamung der Sprache, zu gelegentlichem Stocken (Haesitieren), bisweilen auch zu merklichen Pausen zwischen den einzelnen Silben, meist mit Verlust des Tonfalles und des richtigen Zeitmasses (Skandieren). Zugleich wird die Sprache, namentlich im Zusammenhange, durch das schleifende Hinübergleiten über die mangelhaft artikulierten Lautverbindungen undeutlich und verschwommen (schmierende, lallende Sprache). Das Wort „Flanelllappen“ eignet sich gut zur Darstellung dieser Störung. Da dieselbe ganz der bulbären Sprachlähmung entspricht, so dürfte sie auf Erkrankungen in der Medulla, insbesondere auf solche des Facialis und Hypoglossus, zurückzuführen sein. Sie ist regelmässig von Eintönigkeit der Sprache begleitet, vom Fehlen der Abwandlungen, welche in der natürlichen Rede Stärke und Höhenlage der Sprachlaute erfahren. Weiterhin aber ist ganz gewöhnlich die Zusammenordnung der Laute zu Silben geschädigt, eine Erscheinung, die man mit den oben besprochenen Störungen in der Gruppierung der Silben zu Wörtern als „Silbenstolpern“ zusammenzufassen pflegt. Unbequeme Lautübergänge werden durch bequemere ersetzt („schwissen“ statt „zwischen“) oder einfach ausgelassen und vereinfacht („Damschiff“, „Schleffschiff“). Dabei zeigt sich vielfach eine Beeinflussung der Silbenbildung durch andere, voraufgegangene oder folgende Silben und Buchstaben oder naheliegende Wörter, genau wie beim gewöhnlichen Versprechen („schwitzernder Schwan“, „drittende reitere Artilleriebrade“). Von den Kranken selbst werden diese Erschwerungen meist gar nicht empfunden oder doch auf Nebenumstände zurückgeführt, weil sie dursten mussten und

der Mund trocken wurde, weil die Kost nicht kräftig genug sei, weil man sie immer so aufrege.

Am deutlichsten pflegen die centralen und ataktischen Sprachstörungen, wie Rieger festgestellt hat, beim lauten Lesen hervorzutreten. Der Kranke bringt hier bei mehrmaliger Wiederholung oft immer wieder neue Silben- und Wortzusammenstellungen vor, die nur bruchstückweise und annähernd eine Ähnlichkeit mit der Vorlage darbieten. Dabei glaubt er vollständig richtig abgelesen zu haben, ohne doch den Inhalt des Gelesenen zu verstehen. Wieweit hier die sinnliche Auffassung der Vorlage, die Verknüpfung der Wortzeichen mit den Begriffen einer-

Schriftprobe VII. Leichte Ataxie.

seits, den sprachlichen Bewegungsvorstellungen andererseits, wie weit endlich das Zusammenspiel der Antriebe an dem Zustandekommen der verwickelten Störung beteiligt ist, lässt sich heute noch nicht entscheiden.

Ganz ähnliche Störungen wie die Sprache lässt die Schrift erkennen. Die einzelnen Züge sind unregelmässig und unsicher, ohne doch die gleichmässigen Zitterlinien des Tremor senilis (s. Schriftprobe XVIII, S. 479) darzubieten; die Striche fahren häufig über die Grenzen hinaus. Von den beigefügten Schriftproben zeigt VII diese Störung in geringerem Grade bei einer ausgeschriebenen Kaufmannshandschrift, weit deutlicher und mit Zitterbewegungen verbunden die Probe VIII, die auch mehrfache Auslassungen enthält („Heideberg", „mih"; beim ersten „und" ist es zweifelhaft, ob ataktische Ausführung oder Auslassung des n-Striches vorliegt). Man beachte zugleich den depressiven Inhalt der VII., den kindisch einförmigen

der VIII. Probe. Die Probe IX ist so stark ataktisch, dass die Schrift kaum noch leserlich ist. Es soll heissen: „Anton Kutterer Maurer von Karlsruhe (wiederholt) Baden.“ Bei der

Schriftprobe VIII. Ataxie mit Zittern.

Probe X, die von einem sehr gebildeten Herrn herrührt, ist die Flüchtigkeit und Nachlässigkeit der Schrift bemerkenswert. Der Satz lautet: „mit dem Blitzzug nach Berlin wo um 1 Uhr anlange dort werde ich das neue Service bestellen.“ In der XI. Probe

Schriftprobe IX. Hochgradige Ataxie.

ist die Unsicherheit einigermassen durch sehr kräftigen Federdruck verdeckt worden. Hier wie in den früheren Beispielen begegnet uns ferner das Gegenstück des Silbenstolperns in Ver-

setzung der Buchstaben und Silben, Auslassungen und Wiederholungen derselben. Noch stärker ist diese Störung bei geringerer Veränderung der einzelnen Schriftzüge in der Probe XII ausgesprochen. Fast überall finden sich hier Verdoppelungen und

Schriftprobe X. Flüchtige Schrift mit Auslassungen und Zusätzen.

Schriftprobe XI. Schrift mit starkem Druck und Buchstabenverdoppelung.

Schriftprobe XII. Schrift mit Auslassungen und Wiederholungen.

Auslassungen. Besonders sei das Wort „Kauss“ statt Kuss erwähnt, bei dem offenbar eine Beeinflussung durch das folgende „aus“ stattgefunden hat. Die Probe XIII zeigt uns den Einfluss eines paralytischen Anfalles, der sich kurz vor dem ersten Schrift-

stücke abgespielt hatte. Man erkennt deutlich die zittrige Unsicherheit der einzelnen Züge, das vielfache Wiederansetzen zu Verbesserungsversuchen, kleine Auslassungen und überflüssige Striche, die verunglückte Bemühung, die versetzten Worte (Schrift schlechte) wieder in richtige Ordnung zu bringen. Von allen diesen Störungen ist bei der zweiten, 3 Wochen später geschriebenen Probe nur ein ganz leichtes Zittern zurückgeblieben; im übrigen zeigt der Kranke, ein Feldwebel, nunmehr eine glatte,

Geschrieben am 1. I. 1884.

Geschrieben am 23. I. 1884.

Schriftprobe XIII. Verschlechterung der Schrift durch einen paralytischen Anfall.

flüssige Handschrift, deren Verschlechterung er selbst recht gut bemerkt hatte. Der in der Probe erwähnte Hitzschlag war ein paralytischer Anfall.

Geringe Rücksicht wird auf die räumliche Anordnung der Schriftstücke genommen. Der Kranke kümmert sich nicht darum, ob er mit der Linie oder der Seite auskommt, schreibt quer und schräg durch- und übereinander, oft auch noch auf beide Seiten des Umschlags, an verschiedene Personen auf demselben Blatte. Dabei laufen Klexe, Fettflecken, Unsauberkeiten in Menge mit unter, so dass die Entzifferung nicht selten völlig unmöglich wird. In manchen Fällen wird auch längere Zeit hindurch wahre Paragraphie beobachtet; ich sah eine Kranke, die sich mündlich durchaus geläufig und fast ohne Andeutung einer Sprach-

störung ausdrücken konnte, auf dem Papier aber nur ganz unsinnige Buchstabenverbindungen zu stande brachte. Die Probe XIV rührt von derselben her. Bei weit vorgeschrittener Krankheit besteht meist völlige Agraphie. Die Kranken sitzen ratlos vor ihrem Briefbogen da, ohne etwas anderes, als einige unsichere Linien, mühsam hinzumalen, um nach manchen vergeblichen Versuchen ihre Bemühungen aufzugeben, weil sie „Rheumatismus in der Hand“ oder „keine Brille da hätten“.

Die feinere Untersuchung der paralytischen Schrift mit Hilfe der Schriftwage hat zunächst eine gewisse Verlangsamung des Schreibens ergeben. Sodann aber hat sich gezeigt, dass wir wesentlich zwei verschiedene Störungen im Ablaufe der Schreibbewegung auseinanderzuhalten haben, von denen bald die eine, bald die andere stärker hervortritt. Einmal beobachten wir, ähnlich wie unter der Alkoholwirkung, die Lösung des sonst so innigen Zusammenhanges zwischen Schreibdruck einerseits, Geschwindigkeit und Richtung der Schriftzüge andererseits. In der gesunden Schrift entspricht jeder Änderung der Schnelligkeit wie der Richtung der Schreibbewegung unweigerlich eine Schwankung des Druckes auf die Unterlage. Die Drucklinien für die einzelnen Schriftzeichen geben dabei dem, der sie zu lesen versteht, ein deutliches Bild des Geschriebenen, und sie kehren bei derselben Person überall mit verblüffender Ähnlichkeit wieder, weil sich der Vorgang des Schreibens bei jedem Zeichen ein für allemal in ganz gleichförmiger Weise zu vollziehen pflegt. In der Paralyse verwischen sich diese Gesetzmässigkeiten; die Anpassung des Schreibdruckes an die einzelnen Abschnitte der Bewegung erfolgt nur recht unvollkommen, sodass die kennzeichnenden Schwankungen der Drucklinien unbestimmt und unregelmässig zur Ausbildung gelangen.

Schriftprobe XIV. Paragraphische Schrift.

Auf der anderen Seite aber stellen sich vielfach Druckschwankungen ein, die ganz ausser Beziehung zu der Form des Schriftzeichens stehen und den glatten, gesetzmässigen Ablauf der Schreibbewegung stören. Sie bewirken, dass die ohnedies schon verschwommenen Druckbilder der Schriftzeichen noch durch unberechenbare Zutaten entstellt werden. So kommt es, dass nicht nur deren Zusammenhang mit den Eigentümlichkeiten der einzelnen Zeichen verdunkelt wird, sondern dass auch die Übereinstimmung der Drucklinien für dieselben Schriftzüge mehr und mehr verloren geht. Man wird nicht leugnen können, dass diese Ergebnisse den grob sichtbaren Veränderungen der paralytischen Schrift in befriedigender Weise entsprechen. Während sich in der zuletzt besprochenen Störung die Anfänge der ataktischen Unsicherheit bemerkbar machen, entspringt aus der zuerst genannten Abweichung die Verwaschenheit der Schriftzüge, aus beiden zugleich aber der Verlust der Regelmässigkeit und der persönlichen Eigenart.

Weniger, als die Störungen bei den so überaus feinen und verwickelten Leistungen des Schreibens und Sprechens, fallen zunächst die krankhaften Abweichungen bei gröberen Bewegungen ins Auge. Freilich wird der Paralytiker sehr bald zu allen Beschäftigungen untauglich, welche eine besondere Handfertigkeit erfordern, zum Klavierspielen, zum Einfädeln von Nähnadeln, zum Ausführen feiner mechanischer Arbeiten. Ich besitze eine Sammlung von weiblichen Handarbeiten paralytischer Herkunft. Dabei ist die Liederlichkeit und Unordentlichkeit der Ausführung bemerkenswert, die groben Stiche, die von der Stricknadel gefallenen Maschen. Zugleich macht sich die geistige Unfähigkeit in den abenteuerlichen Formen namentlich der Strümpfe geltend; eine Kranke brachte über dem unförmlichen Fussstück eine fingerdicke Verengung an; eine andere strickte einen endlosen Schlauch; eine dritte schloss den Strumpf an beiden Enden.

Aber auch bei ganz einfachen Verrichtungen können die ataktischen Störungen bisweilen sehr auffallend werden. Die täppische Langsamkeit und Ungeschicklichkeit beim Zugreifen, Knöpfen, das stossweise, in Absätzen erfolgende, perseverierende Drücken der Hand lässt erkennen, dass die Fähigkeit zu einer feineren Regelung der Bewegungen verloren

gegangen ist, wenn auch die grobe Kraft, abgesehen von den bisweilen an die Anfälle sich anschliessenden Hemiparesen, noch ziemlich normal erscheint; hie und da tritt ausgeprägtes Intentionszittern auf. Der Gang wird allmählich unsicher, breitspurig, schlürfend; zu Zeiten, namentlich vor einem Anfalle, hängt der Kranke ganz nach einer Seite hinüber. Dazu gesellen sich gewöhnlich noch die Zeichen einer Rückenmarkserkrankung, die seltener die Seitenstränge, etwas häufiger die Hinterstränge allein, meist aber beide in Mitleidenschaft zieht. Im ersten Falle, nach Fürstner in 14%, nach Torkels*) Zusammenstellung in 12,6% der Fälle, begegnen uns wesentlich die Zeichen der spastischen Spinallähmung, im zweiten dagegen tabesähnliche Störungen, Erlöschen der Sehnenreflexe, Ataxie, Rombergs Zeichen, Blasen- und Mastdarmlähmungen, seltener auch Gürtelgefühl, lancinierende Schmerzen und Krisen. Fürstner rechnet zu dieser Gruppe 24, Torkel 16% der Fälle. Unter ihnen fand letzterer etwa 6%, bei denen wirklich ausgeprägte Tabes zur Entwicklung kam; Hirschl gibt 8,5% an. Die Tabes geht in der Regel dem Ausbruche der Paralyse sehr lange, selbst über ein Jahrzehnt, voraus (ascendierende oder Tabesparalyse). In $^2/_3$—$^3/_4$ der Fälle verbinden sich die spastischen und die Hinterstrangerscheinungen in der mannigfaltigsten Weise miteinander. Reflektorische Pupillenstarre, deren Grundlage man ebenfalls vielfach in die Hinterstränge des Halsmarkes verlegt hat, und Sehnervenschwund scheinen sich vorzugsweise bei den Fällen mit stärkerer Beteiligung der Hinterstränge einzustellen.

Mit dem Fortschritte des Leidens werden die Kranken immer dauernd bettlägerig, gewöhnlich mit mehr oder weniger ausgesprochenen Kontrakturen und allgemeinem, bisweilen sehr hochgradigem Muskelschwund, der indessen nicht von Entartungsreaktion, sondern nur von einer Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit begleitet ist. Besonders auffallend pflegt die vorgebeugte Haltung des Kopfes zu sein, der gewöhnlich nicht auf der Unterlage aufruht, sondern unter starrer Spannung der Halsmuskeln

---

*) Gaupp, Über die spinalen Symptome der progressiven Paralyse. 1898; Torkel, Besteht eine gesetzmässige Verschiedenheit in Verlaufsart und Dauer d. progressiven Paralyse nach d. Charakter d. begleitenden Rmaffektion? Diss. Marburg. 1903.

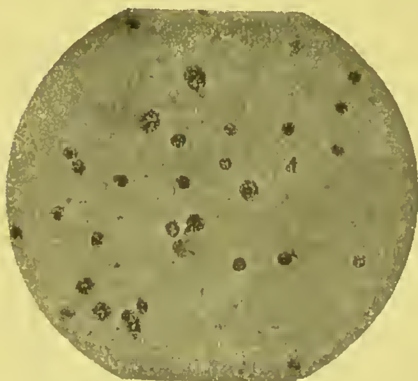
dauernd frei getragen wird. Nicht selten kann man in diesen letzten Abschnitten der Krankheit leichtere und stärkere Zuckungen in den einzelnen krampfhaft gespannten Muskelgruppen beobachten, namentlich bei Bewegungsversuchen und passiven Lageveränderungen, aber auch in voller Ruhe. Einmal sah ich gekreuzte Radialis- und Peronaeuslähmung, ohne Zweifel neuritischen Ursprungs; Möli hat eine Reihe ähnlicher Fälle beschrieben. Ihnen entsprechen wohl auch die seltenen örtlichen Muskelatrophien, doch werden einzelne Fälle berichtet, in denen Syringomyelie vorhanden war.

Über den Druck in der Hirnrückenmarkshöhle haben die Untersuchungen von Schäfer*) einige Aufklärung gebracht. Er betrug in Seitenlage bei 25 Paralytikern durchschnittlich 182 mm, lag in $^2/_3$ der Fälle zwischen 150 und 380 mm. Das bedeutet gegen die Norm von 40—70 mm eine erhebliche Steigerung, wie sie übrigens auch bei manchen anderen Kranken beobachtet wurde; kurz nach Anfällen sank sie in zwei Fällen von 200 bezw. 270 auf 60 bezw. 80 mm. Den Eiweissgehalt der Cerebrospinalflüssigkeit fand Schäfer beträchtlich vermehrt; er schwankte bei einem Mittel von 1,23‰ zwischen 0,75 und 3,5‰ gegenüber der Norm von 0,2—0,5‰. Nach den Angaben von Guillain und Parant handelt es sich dabei zum Teil um Serin, während bei Gesunden nur Globulin gefunden wird, das durch Magnesiasulfat ausfällt. Die mikroskopische Untersuchung zeigt hier wie bei der Tabes und anderen Erkrankungen, welche die Hüllen des Hirns oder Rückenmarks in Mitleidenschaft ziehen, eine mehr oder weniger ausgesprochene Vermehrung der Lymphocythen. Die umstehende Figur XIV kann davon eine Vorstellung geben. Es wurden etwa 4—5 ccm der Cerebrospinalflüssigkeit in spitz ausgezogenem Gläschen auf einer Runneschen Zentrifuge 30 Minuten lang ausgeschleudert, die Flüssigkeit durch Abfliessenlassen möglichst sorgfältig entfernt, der Satz mittelst eines feinsten Haarröhrchens aufgesogen und auf ein Deckgläschen gebracht; er darf, wenn die Proben vergleichbar sein sollen, nicht mehr als eine Fläche von 5 mm Durchmesser bedecken. Fixiert wurde mit Alkohol-Äther, gefärbt mit polychromem Methylenblau. Das Gesichtsfeld ist mit

*) Schäfer, Allgem. Zeitschr. f. Psych. LIX, 84.

Zeiss 2,0 homogener Immersion, Apertur 1,30, Projektionsocular II, bei einem Abstande von 40 cm aufgenommen (Vergrösserung 1000) und auf $1/4$ verkleinert. Man erkennt eine Menge von Leukocythen und Lymphocythen mit durch die Eintrocknung veränderten Formen, während ein gesundes Vergleichspräparat allerhöchstens 3—4 solcher Zellen aufweisen dürfte.

Die allgemeine Reflexerregbarkeit ist bei unseren Kranken in der Regel erhöht, bisweilen so stark, dass eine heftige Bewegung gegen das Gesicht des Kranken ein Zusammenfahren des ganzen Körpers zur Folge hat. Die Untersuchung der Sehnenreflexe erweist sich häufig als sehr schwierig, da die Kranken ihre Muskeln durchaus nicht entspannen. Nur in vereinzelten Fällen trifft man auf Hypotonie. Gelingt es endlich, durch Zuhilfenahme der bekannten Kunstgriffe (psychische Ablenkung, Jendrassik'sches Verfahren) zum Ziele zu kommen, so findet man die Sehnenreflexe je nach dem Sitze der Rückenmarkserkrankung bald hochgradig gesteigert, so dass Fussklonus und saltatorischer Reflexkrampf (beim Aufsetzen der Zehen auf den Boden) auftritt, bald aber auch abgeschwächt oder vollständig erloschen (in 20—30% der vorgeschrittenen Fälle). Nicht selten sieht man Schwinden des anfangs gesteigerten Reflexes, auch wohl mehrfachen Wechsel der Stärke. In 18% der Fälle finden sich Unterschiede auf beiden Seiten (Räcke). Fehlen des Patellarreflexes scheint sich auch hier besonders häufig mit reflektorischer Pupillenstarre und Miosis zu verbinden. Die übrigen Sehnenreflexe, von denen namentlich der Achillesreflex beachtenswert ist, verhalten sich im allgemeinen entsprechend dem Kniesehnenreflexe. Auch Kremaster- und Rachenreflex scheinen nach den Angaben von Marandon de Montyel ähnliche Veränderungen darzubieten. Babinskis Zehenstreckreflex wurde öfters beim Vorwiegen spastischer Erscheinungen gefunden.



Figur XIII.
Cytoskopisches Bild bei Paralyse.

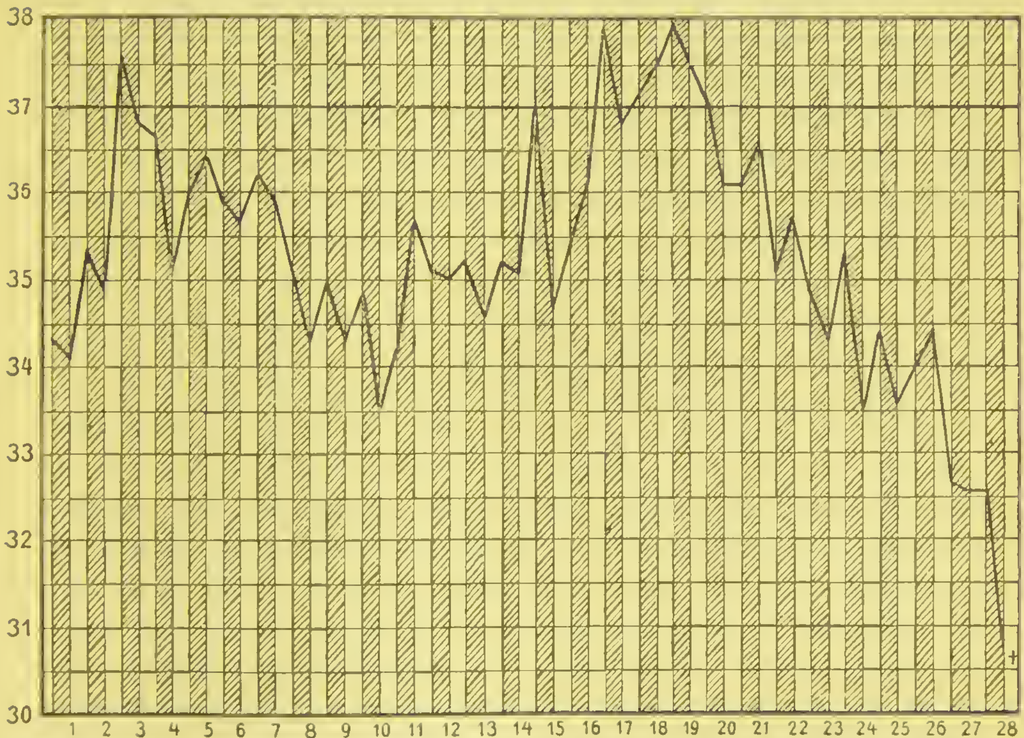
Von seiten der Blase sind auch ausserhalb der Anfälle häufig Störungen vorhanden, sowohl Schliessmuskellähmung wie Harnverhaltung, erstere meist als Folge der letzteren (Harnträufeln). Die Trägheit des Mastdarms kann zu massigen Kotstauungen führen; andererseits besteht in allen vorgeschrittenen Fällen völlige Unfähigkeit, den Kot zurückzuhalten, zum Teil vielleicht wegen Lähmung der Schliessmuskeln, namentlich aber deswegen, weil der Kranke die herannahende Entleerung ebenso wenig bemerkt wie die Füllung der Blase bis zum Nabel. Die sexuelle Potenz erlischt, nachdem anfangs bisweilen die geschlechtliche Erregbarkeit erhöht war. Marandon de Montyel fand bei seinen Paralytikern in 79% völliges Unvermögen, in etwa 15% Steigerung der Geschlechtsleistungen.

Unter den vasomotorischen Störungen sind vor allem die häufigen Blutwallungen zum Kopfe, Erytheme, lange dauernde Nachrötung der Haut und selbst Quaddelbildung bei leichten Reizen, Cyanose zu nennen. Hie und da findet sich Neigung zu umfangreichen Hautblutungen bei geringfügigen Gewalteinwirkungen. Die Sphygmographenkurve zeigt öfters allmähliches Ansteigen und Erniedrigung der Gipfelwelle („tarde“ Pulsformen), Erscheinungen, die sich auf eine langsamere und wenig kräftige Ausdehnung der Gefässwand beziehen lassen. An den zugänglichen Arterien, besonders den Temporales, wird nicht selten starke Schlängelung, auffallendes Hervortreten und Starre als Anzeichen von Elastizitätsverlust und Verdickung der Wandung beobachtet. Mit diesen Gefässveränderungen stehen ohne Zweifel auch die sog. „trophischen“, Störungen in allernächster Beziehung. Es gibt eine ganze Anzahl von Begleiterscheinungen der Paralyse, deren Auftreten man vielfach als eine unmittelbare Folge der Entartung gewisser trophischer, die Ernährung der Organe regelnder Nervenbahnen ansieht, den Druckbrand, die Rippenbrüche, die Ohrblutgeschwulst, ja auch die so häufigen Pneumonien, die man wohl auf einen Nachlass der Vagusinnervation zurückgeführt hat. Ein unbestreitbares wissenschaftliches und fast noch mehr praktisches Verdienst v. Guddens ist es, den Nachweis geführt zu haben, dass alle jene Störungen nicht aus inneren Ursachen, sondern ganz ausnahmslos unter der Einwirkung äusserer Schädlichkeiten sich entwickeln.

Freilich wird man kaum umhin können, eine Herabsetzung der allgemeinen Widerstandsfähigkeit der Gewebe bei Paralytikern als Hilfsursache anzunehmen, da hier sehr schwere Störungen schon bei verhältnismässig geringen Reizen zu stande kommen. Die Entstehung des Druckbrandes erklärt sich in erster Linie dadurch, dass die Kranken wegen ihrer Unempfindlichkeit nicht, wie jeder Gesunde, durch unangenehme Druckgefühle zu häufigem Lagewechsel angetrieben werden, oder doch wegen ihrer Unbehilflichkeit denselben nicht auszuführen vermögen, sondern wie ein Klotz im Bette liegen. Unter diesen Umständen kann man schon nach 1—2 Stunden, besonders bei Übereinanderliegen der abgemagerten Beine oder beim Sitzen auf einer harten Nachtstuhlkante starke Rötung, Quaddel- und selbst Blasenbildung entstehen sehen, während eine einzige unbewachte Nacht vollauf genügt, um eine mehrere Zentimeter in die Tiefe greifende Gangrän zu erzeugen. Ausserdem ist bei den unreinlichen, wenig widerstandsfähigen Kranken natürlich ein günstiger Boden für die Entwicklung von infektiösen Hauterkrankungen, insbesondere von Furunkeln. Endlich beobachtet man bei sehr heruntergekommenen Paralytikern bisweilen das Auftreten eigentümlich kreisrunder, oberflächlicher Hautnekrosen, wohl auch infektiösen Ursprunges, an Stellen, welche durchaus keinem Drucke ausgesetzt gewesen sind. Rippenbrüche und Othämatome kommen bei Paralytikern verhältnismässig häufig und bisweilen in schreckenerregender Ausdehnung zu stande, weil die Kranken sehr ungeschickt, dabei oft unruhig und vor allem ausser stande sind, sich zu verteidigen und zu beklagen, so dass sie hilflos den Misshandlungen ihrer Umgebung preisgegeben erscheinen. Ganz gewiss aber spielen auch hier besondere begünstigende Ursachen eine wesentliche Rolle, Ernährungsstörungen im Ohrknorpel und ungewöhnliche Brüchigkeit der Rippen, von der man sich an der Leiche häufig genug überzeugen kann. Diese letztere scheint auf einem einfachen Schwund der Knochenmasse mit Ersatz durch Fett zu beruhen und ist wohl eine Teilerscheinung der allgemeinen Ernährungsstörung in der Paralyse. Auch der geringen Inanspruchnahme der Rippen infolge von Herabsetzung der Atembewegungen hat man dabei eine gewisse Bedeutung zugeschrieben. Dennoch steht die Tatsache unzweifelhaft fest, dass mit der besseren Aus-

bildung und Überwachung des Wartpersonals die Zahl der Rippenbrüche wie der Ohrblutgeschwülste regelmässig abnimmt.

Störungen der Eigenwärme sind in der Paralyse überaus häufig. Flüchtige, aber oft recht bedeutende Temperatursteigerungen werden vielfach beobachtet, ohne dass sich immer ein



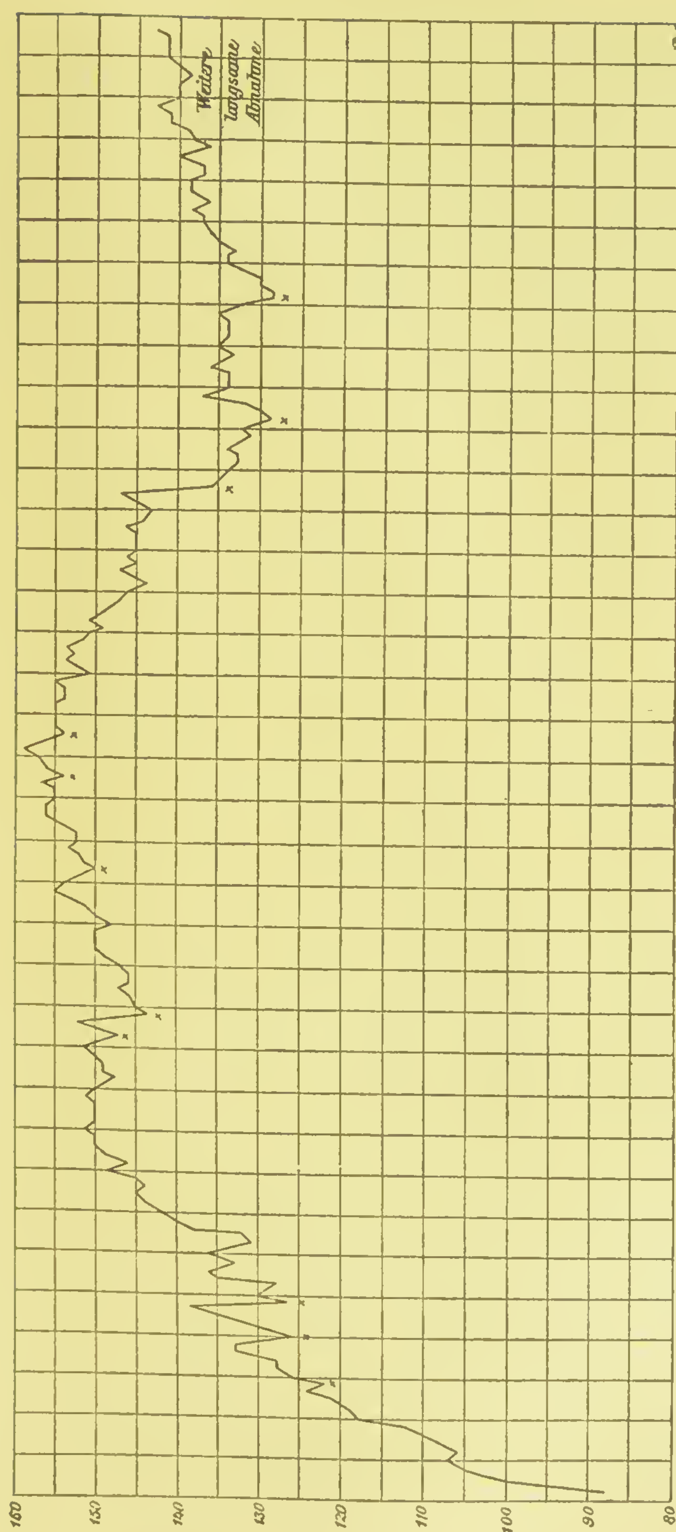
Figur XV.
Letzter Abschnitt einer Paralyse. Lebhafte Erregung; dauernd subnormale Temperaturen; einigemale Typus inversus.

greifbarer Anlass dafür erkennen liesse. Bisweilen fördert dann eine Eingiessung gewaltige Kotmassen zutage; die Blase ist überfüllt, oder es wird irgendwo ein Rippenbruch entdeckt. In anderen Fällen mögen leichte bronchitische oder pneumonische Störungen zugrunde liegen. Seltener dürften diese Fieberbewegungen unmittelbar mit der Hirnerkrankung im Zusammenhange stehen. Dagegen ist eine solche Beziehung wahrscheinlich bei den Wärmesteigerungen, welche die paralytischen Anfälle zu begleiten pflegen. Bei längerer Dauer dieser letzteren treten allerdings gewöhnlich noch andere fiebererregende Ursachen hinzu, nament-

lich Schluckpneumonien. In den letzten Stadien der Paralyse kommt es nicht selten zu anhaltender, beträchtlicher Temperatursenkung, die von den Kranken auffallend gut ertragen wird. Ein Beispiel gibt die Figur XV, welche den Gang der Eigenwärme während der letzten 4 Lebenswochen eines erregten Paralytikers mit lebhaften Grössenideen darstellt. Nur einige wenige Male wurden 37° überschritten; meist lag die Temperatur zwischen 34 und 35°, fiel aber schliesslich noch während des Lebens auf 30,8°; mehrfach stieg sie in der Nacht, um bei Tage wieder zu fallen. Das Körpergewicht sank bei reichlicher Nahrungsaufnahme in dieser Zeit mit Schwankungen und keineswegs übermässig rasch.

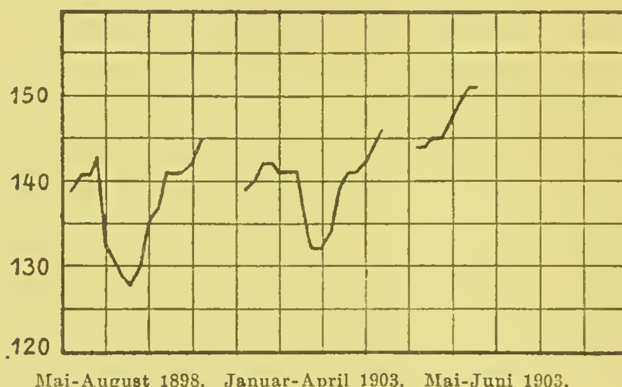
Von den übrigen Leistungen des Organismus sind es namentlich der Schlaf, der Appetit und das Körpergewicht, welche durch die Paralyse durchgehends in Mitleidenschaft gezogen werden. Der Schlaf ist in den ersten Stadien der Krankheit vielfach sehr gestört, später in den Erregungszuständen oft zeitweise ganz aufgehoben, während er gegen das Ende hin wieder besser wird, obgleich hier bei dem blödsinnigen Hindämmern der Kranken ein sicheres Urteil über diesen Punkt kaum möglich ist. Bei manchen Kranken entwickelt sich eine förmliche Schlafsucht, so dass sie eigentlich nur dann wach sind, wenn sie essen, oder wenn man sich gerade mit ihnen beschäftigt, während sie unmittelbar nachher sofort wieder einschlafen. Der Appetit pflegt anfangs und in der Aufregung herabgesetzt zu sein, um späterhin gewöhnlich in wahre Gefrässigkeit überzugehen; bisweilen wird Wiederkäuen beobachtet.

Das Körpergewicht sieht man im Beginne und auf der Höhe der Krankheit sinken, dann aber bei dauernder Beruhigung unter massiger Fettansammlung sehr bedeutend, bis weit über die Norm hinaus ansteigen und endlich gegen das Ende hin wieder unaufhaltsam bis zum tiefsten Marasmus herabgehen. Einen Teil dieses Verlaufes zeigt die nebenstehende Kurve. Sie beginnt mit sehr tiefem Stande bei anfänglicher Erregung; dann tritt aber ein ungemein rasches Ansteigen ein, das nur von Zeit zu Zeit durch kleine Rückschläge unterbrochen ist, welche, wie durch Sternchen angedeutet, fast immer von paralytischen Anfällen begleitet werden. Nach mehr als zwei Jahren beginnt ein langsamer Abfall, der inzwischen weiter fortgeschritten ist; die Kranke ist nach



Figur XVI.
Demente Paralyse mit anfänglicher Erregung, dann Verblödung. Viele Anfälle (*).

$4^1/_2$jährigem Aufenthalte in der Klinik im Anfalle gestorben. Die Figur XVII zeigt den Gang des Körpergewichtes bei einem Kranken mit sehr deutlichen Hinterstrangerscheinungen, der bei seiner ersten Aufnahme einen stürmischen Erregungszustand und Grössenideen durchmachte, dann aber mehrere Jahre als Beamter tätig war und erst 5 Jahre später nach mehrmaligen paralytischen Anfällen wieder zu uns kam, diesmal in einem Depressionszustande. Trotzdem zeigt merkwürdigerweise der Gang des Körpergewichtes eine ganz ähnliche Schwankung wie beim ersten Anstaltsaufent-



Figur XVII.
Körpergewicht bei einer Paralyse mit fast 5jähriger Remission. Beim ersten Aufenthalt Delirium acutum, beim zweiten Depressionszustand.

halte. Auch diesmal erfolgte bald Besserung des psychischen Krankheitsbildes unter bedeutendem Ansteigen des Körpergewichtes, doch kehrte der Kranke schon wenige Wochen später nach einem schweren Selbstmordversuche wieder zu uns zurück.

Deuten alle die letztbesprochenen Störungen auf den Ablauf tiefgreifender Stoffwechselveränderungen in der Paralyse hin, so dürften die leider noch zu wenig verarbeiteten Befunde von Eiweiss und anderen krankhaften Bestandteilen im Harn (Glykosurie, Diabetes) in gleichem Sinne als Teilerscheinungen des allgemeinen Krankheitsvorganges Beachtung verdienen. Im Blute der Paralytiker hat man, namentlich in der Erregung und in den letzten Abschnitten der Krankheit, Abnahme der roten Blutkörperchen und des Hämoglobingehaltes, Verminderung der Lymphocythen und Vermehrung der Leukocythen gefunden; kurz vor paralytischen Anfällen soll Zunahme des Hämoglobins und der roten Blut-

körper, nachher flüchtige, ausgeprägte Leukocythose auftreten. Agostini berichtet über Herabsetzung der Isotonie des Blutes, d'Abundo über gesteigerte Giftigkeit desselben. Neuerdings hat Idelsohn*) eingehende Untersuchungen über die bakterientötenden Eigenschaften des Blutes angestellt. Er fand in nahezu der Hälfte der Fälle völliges Fehlen jener Wirkung, die nur bei 4% seiner Vergleichspersonen ausblieb, ausserdem noch in einem weiteren Viertel starke Herabsetzung derselben. —

Die Verschiedenheit der Krankheitsbilder, welche sich aus den bis hierher besprochenen einzelnen Störungen erfahrungsgemäss zusammensetzen, ist eine so grosse, dass es kaum möglich erscheint, eine auch nur einigermassen befriedigende Übersicht über die klinischen Gestaltungsformen der Paralyse zu geben. Wenn wir auch überall dem gemeinsamen Grundzuge der eigenartigen psychischen Schwäche, den Zeichen des organischen Hirnleidens und endlich dem unerbittlich bis zur Vernichtung des geistigen und körperlichen Lebens fortschreitenden Verlaufe begegnen, so können doch die gegebenen Beobachtungen in ihrer Entwicklung wie in ihren Zustandsbildern derart voneinander abweichen, dass dem Anfänger die allgemeine Zusammengehörigkeit durch den starken Eindruck widersprechender Einzelheiten völlig verdeckt wird. Erst eine vorgeschrittenere Erfahrung lehrt uns, dass alle die anscheinend so verschiedenartigen Gestaltungsformen unvermittelt und unberechenbar ineinander übergehen können und nur die oben gekennzeichneten Grundzüge „den ruhenden Pol in der Erscheinungen Flucht" abgeben. In dieser kaum übersehbaren Mannigfaltigkeit von Krankheitsbildern bestimmte Verlaufsarten abzugrenzen, stösst auf schwer überwindliche Schwierigkeiten. Wenn wir auch hergebrachterweise im Folgenden als hauptsächlichste Gestaltungen der Paralyse eine depressive, expansive, agitierte und demente Form auseinanderhalten, so dürfen wir uns doch darüber keiner Täuschung hingeben, dass eine derart äusserliche Gruppierung nach Zustandsbildern nur den Wert einer Erleichterung der Darstellung besitzt. Vielleicht lehrt uns einmal eine bessere Kenntnis der ursächlichen oder der pathologisch-anatomischen Verhältnisse des Leidens unter neuen Ge-

*) Idelsohn, Archiv f. Psychiatrie XXXI, 640.

sichtspunkten auch für die klinischen Beobachtungen eine zuverlässigere Gruppierung erreichen; der bisher in dieser Richtung vorliegenden Versuche werden wir späterhin zu gedenken haben.

Die depressive Form der Paralyse ist gekennzeichnet durch depressive Verstimmung und Wahnideen, welche den ganzen Krankheitsverlauf bis zur völligen Verblödung des Kranken begleiten. Ihren Ausgangspunkt nimmt die traurige Verstimmung häufig von dem Krankheitsgefühle des Eingangsstadiums, welches im übrigen die allgemeinen, schon früher geschilderten Anzeichen einer allmählich fortschreitenden Schwäche des Gedächtnisses und des Verstandes, einer erhöhten augenblicklichen Reizbarkeit neben gemütlicher Stumpfheit und Willenlosigkeit darbietet. Es sind daher zumeist hypochondrische Ideen, in denen sich die Verstimmung der Kranken ausdrückt. Sie sind unheilbar krank, syphilitisch, innerlich verfault, haben gefühlt, wie ein Giftbrocken in den Kopf gefahren ist; es haben sich Gefässveränderungen entwickelt, weil ihnen früher einmal ein Blutegel angesetzt wurde; der Schädel ist weich geworden, an einer Stelle aufgetrieben, das Gehirn ausgetrocknet „wie ein Sumpf“, die Nerven vom Denken überreizt. Meist bestehen mannigfache unangenehme Empfindungen in den verschiedensten Teilen des Körpers, die vielfach wechseln und auch wohl durch Einreden beeinflusst werden können. Die Kranken suchen daher wegen allerlei wenig greifbarer Beschwerden die Hilfe des Arztes auf, der sie beim Mangel oder bei Nichtbeachtung eines objektiven Befundes für neurasthenisch, hysterisch, hypochondrisch erklärt.

Die Klagen der Kranken gewinnen mehr und mehr einen ganz unsinnigen Inhalt. Sie haben keine Nase, keine Augen, keine Leber und keine Nieren mehr, haben zwei Leiber; der Magen ist abgedrückt, der Schlund, der Mastdarm zugewachsen, zugenäht, durch einen Kork verschlossen, so dass sie weder etwas geniessen noch etwas entleeren können. Der Schädel ist leer, der Kopf verbrannt; die Eingeweide sind verfault, mit Milben vollgestopft. Der Magen, ja auch die Matratze füllen sich immerfort mit Urin; das Essen steigt in den Kopf hinein oder fällt nur gerade so hinunter; die Lungen sind verschwunden; die Beine werden zu Eis; alles läuft als Speichel zum Munde heraus. Es ist Musik im

Leibe; alles ist mit Gestank erfüllt. Der Kopf ist ganz klein zusammengeschrumpft, ausgewechselt oder verloren gegangen, die Zunge angefroren, der Leib aufgeblasen. Arme und Beine haben sich ungeheuerlich ausgedehnt; die Rippen sind riesengross, die Ohren von Holz, die Zunge von Gold; in der Seite stecken 3000 Mark; 100 Pfund Steine liegen auf der Brust. Der ganze Mensch ist verdoppelt, viereckig, in ein Pferd verwandelt, unsichtbar, bereits gestorben, ist „schon längst nichts mehr gewesen", begraben, eine „lebendige Leiche", hat gar keinen Namen. Alle diese „mikromanischen" Vorstellungen versetzen den Kranken in lebhaftes Unbehagen und vermögen, wenn sie auch zumeist nicht weiter verarbeitet werden, doch sein Benehmen oft lange Zeit zu beeinflussen. Er bemüht sich wochenlang auf alle Weise, durch seinen zugewachsenen Schlund etwas hindurch zu bringen, hantiert unablässig an seiner Zunge, am After, an den Genitalien herum, sitzt mehrere Stunden täglich auf dem Nachtstuhl in der verzweiflungsvollen Erwartung dessen, was kommen soll; er vermeidet ängstlich jede Lageveränderung, weil er seine ungeheuren Hände nicht bewegen kann oder die winzigen Beine unter der Last des mächtigen „Kikerikikopfes" zusammenbrechen müssten.

Mit diesen hypochondrischen Vorstellungen verbinden sich vielfach Versündigungsideen; seltener beherrschen diese letzteren allein das Krankheitsbild. Zunächst können die Selbstvorwürfe ganz an diejenigen der Melancholiker erinnern. Die Kranken sind grosse Sünder und Verbrecher, jammern darüber, dass sie kein Herz und keine Liebe mehr haben, ein Gelübde nicht erfüllt, unkeusch gelebt, Vieles gestohlen hätten. Andere glauben, einen Meineid geleistet, den heiligen Geist betrübt, Deutschland verraten, die ganze Welt ermordet und zu grunde gerichtet zu haben; „die ganze Welt weiss es"; man „macht ihnen Verbrechen". Einer meiner Kranken schrieb einen langen Brief an den Erzbischof, in welchem er mit genauen Zahlenangaben die verschiedenartigsten Unkeuschheiten aufführte, die er sich habe zu schulden kommen lassen. Im Anschlusse an die Versündigungsideen fürchtet der Kranke gewöhnlich, dass die Polizei kommen, ihn aufgreifen, erhängen, vergiften, verbrennen, in einen Sack stecken, ihm die Haut abziehen werde; er wünscht, vor Gericht geführt, in

Stücke zerhackt, im Backofen gebraten, von drei Ochsen auseinandergerissen zu werden, sieht in den Personen seiner Umgebung Spione und gedungene Mörder. Ein Kranker ging auf den Kirchhof, um sich sein Grab auszusuchen.

Solche und ähnliche Verfolgungsideen können auch den einzigen Inhalt des depressiven Wahnes bilden. Dieselben werden dann meist von Gehörstäuschungen begleitet. Der Kranke hört seine Lieben weinen, um Hilfe rufen; Gott spricht zu ihm. Stimmen bedrohen, beschimpfen, beschuldigen ihn der scheusslichsten Verbrechen. Er soll gestohlen, sich mit Tieren vergangen haben, ist verhext, in der Hölle, ganz arm geworden. Man will ihn und seine armen Kinder umbringen, ihm den Leib aufschneiden; er soll fort, vor ein Kriegsgericht geschleppt werden. Seltener sind Täuschungen der übrigen Sinne. Der Kranke sieht feurige Schlangen in der Luft, Löwen, weisse Gestalten; die Lichterscheinungen bei beginnender Sehnervenatrophie hält er für künstlichen Trug; im Essen ist Gift, Ungeziefer, Menschenfleisch. Das Bett brennt wie Feuer, wird von elektrischen Schlägen durchzuckt; alles ist gestorben; die ganze Welt geht unter. Von Knoten werden immerfort schreckliche Verbrechen vollführt; es wird eingebrochen, Feuer angelegt. Ein harmloses Geräusch im Nebenzimmer kündigt dem Kranken die Räuber an, die sich im nächsten Augenblicke auf ihn stürzen werden. Ein derartiger Kranker meiner Beobachtung verwüstete in seiner Angst sein ganzes Zimmer und hätte um ein Haar seine Frau umgebracht, die er für einen Einbrecher hielt, bis man sie aus seiner Gewalt befreite.

Die Besonnenheit pflegt sich bei diesen letzteren Formen der depressiven Paralyse vielfach zu trüben. Die Kranken verlieren meist rasch die Fähigkeit zu ruhiger Auffassung ihrer Lage und ihrer Umgebung, werden oft ganz verstört, stier benommen, verkennen die Personen, beziehen jede Äusserung und jedes Ereignis in ihrer Umgebung im Sinne ihrer Angst auf sich, so dass sie dauernd von verworrenen Schreckbildern erfüllt sind. Sie sind an allem schuld, müssen für alles büssen, regen die Andern auf, entziehen Jenen das Essen. Alles ist verkehrt, wirbelt durcheinander. Die Kranken beten, bitten, flehen um Gnade, sind äusserst schreckhaft und misstrauisch, zerkratzen sich, zupfen an ihren Fingern, zerkauen die Nägel, verkriechen sich, laufen

halbnackt herum. Manche Kranke geraten in fassungsloseste Verzweiflung, sehen sich mit dem Ausdrucke des Entsetzens bei jedem Geräusche um, in der Erwartung, von irgend etwas Schrecklichem betroffen zu werden; sie schreien unausgesetzt aus Leibeskräften die gleichen, abgerissenen Worte: „Gift", „Unglück", „Sterben" u. dergl., oder sie vermögen in starrer Spannung keinen Laut hervorzubringen. Ganz unfähig zu irgend einem Entschlusse, sitzen sie ratlos im Hemde oder vor ihrem Essen da, ohne sich zum Ankleiden oder Zugreifen aufraffen zu können. Schliesslich wagen sie sich nicht mehr aus ihrem Zimmer, ja aus ihrem Bette heraus, in welchem sie, am ganzen Leibe zitternd und schwitzend, mit hochgezogener Decke liegen, um jedem äusseren Eingriffe einen blinden, rücksichtslosen Widerstand entgegenzusetzen. Durch keinerlei Beeinflussung sind sie zu den einfachsten Massregeln zu bringen, so dass die Bettlagerung, das Aufstehen, An- und Auskleiden immer erst nach verzweifeltem Ringen mit dem vollständig verwirrten Kranken erreicht werden kann.

Nicht selten kommt es zu gewalttätigen, aber meist sehr unüberlegten und unsinnigen Selbstmordversuchen oder Selbstverstümmelungen. Versuche, Scrotum oder Penis abzureissen, habe ich mehrfach erlebt. Andere verschlucken grosse Gegenstände, um sich zu töten; so fand ich im Darm eines derartigen Kranken eine dicke Weichselzigarrenspitze und zwei mehrere Zoll lange Schrauben.

Die Dauer der heftigen Angstzustände schwankt zwischen Stunden und Wochen. Nicht selten verschwindet die ängstliche Spannung ganz plötzlich, um sich ebenso unvermittelt wieder einzustellen. Im übrigen sind die Kranken niedergeschlagen und verstimmt, aber ruhig, oft auch im Zusammenhalte mit den von ihnen geäusserten Ideen auffallend gleichgültig. Überhaupt fehlt der gemütlichen Erregung Nachhaltigkeit und Einheitlichkeit. Zuweilen schieben sich vorübergehend Zeiten gehobener und selbst glückseliger Stimmung dazwischen. In der Nacht tritt ein himmlisches Wohlgefühl auf; der Kranke erzählt lächelnd, dass es nun zu Ende gehe. Im weiteren Verlaufe mit zunehmendem Schwachsinn stellt sich oft ein Zustand blöden Wohlbehagens mit einzelnen kindischen Grössenideen ein. Der Kranke ist schon eine Ewigkeit alt; in den Wäscheschränken ist lauter Gold.

Nicht ganz selten beobachten wir im Laufe der Paralyse länger dauernde Stuporzustände, die vielleicht an dieser Stelle Erwähnung finden dürfen. Die Kranken sprechen weder von selbst noch auf Anreden, liegen ohne erkennbare Anteilnahme an der Umgebung regungslos da, nehmen keine Nahrung zu sich, lassen unter sich gehen. Eindringliche Aufforderungen werden sehr langsam und zögernd, mitunter gar nicht befolgt. Die Stimmung ist meist ziemlich gleichgültig, öfters aber auch etwas ängstlich oder kleinmütig gefärbt. Die Auffassung und Orientierung pflegt sehr mangelhaft zu sein, kehrt aber in der Regel schon wieder, wenn die Kranken noch gar nichts oder doch nur einzelne flüsternde Worte vorzubringen vermögen. Wahnbildungen und Sinnestäuschungen können vorhanden sein oder fehlen. Die Dauer solcher Zustände, die sich an die einleitende Depression, aber auch an die Erregungen von verschiedener Färbung anschliessen können, beträgt bisweilen viele Monate.

In einer kleinen Gruppe von Fällen begegnen uns bei paralytischen Kranken Zustandsbilder mit längere Zeit festgehaltenen Verfolgungsideen, namentlich auch dem Wahne körperlicher Beeinflussung durch Elektrizität, Spiegel, Giftstoffe. Allerdings hat mir die weitere Beobachtung bei einer Reihe dieser Kranken, die zunächst das Bild der Paralyse boten, gezeigt, dass es sich in Wirklichkeit wohl um andere, insbesondere luetische Formen der Hirnerkrankung gehandelt hat. Der verbleibende Rest betrifft vorzugsweise Fälle mit voraufgehender Tabes. Ob und wie weit diese eigenartigen Krankheitsbilder der Paralyse zugerechnet werden dürfen, muss einstweilen dahingestellt bleiben.

Der depressiven Form der Paralyse gehören nach meinen Erfahrungen etwa ein Viertel der Fälle an. Sie bevorzugt ein wenig mehr die höheren Lebensalter, als die übrigen Formen; nur 36% der Kranken hatten im Beginne des Leidens das 40. Lebensjahr noch nicht überschritten. Vielleicht dürfen wir hier an die Neigung des Rückbildungsalters zu Depressionszuständen überhaupt erinnern, um so mehr, als wir bei unseren Kranken recht häufig die Zeichen eines vorzeitigen Alterns vorfinden. Dieser Auffassung würde der weitere Umstand entsprechen, dass hier das weibliche Geschlecht auffallend stark (33%) beteiligt zu sein scheint, welches ja auch die meisten Melancholien im Rückbildungsalter

liefert. Remissionen sind bei dieser Form verhältnismässig selten (in etwa 12% der Fälle); paralytische Anfälle kamen nach meiner Erfahrung bei fast einem Viertel der Kranken zur Beobachtung. Fügen wir hinzu, dass die Dauer der Krankheit in 70% der Fälle den Zeitraum von zwei Jahren nicht zu überschreiten pflegt, so kommen wir zu dem Schlusse, dass die depressive Paralyse zu den schwereren Formen der Krankheit gerechnet werden muss. Der Tod erfolgt bisweilen durch Selbstmord oder infolge von Verletzungen, häufiger durch Erschöpfung oder im Anschlusse an paralytische Anfälle.

Die expansive Paralyse beginnt meist mit den allgemeinen Zeichen des herannahenden Leidens, Abnahme der Arbeitsfähigkeit, Zerstreutheit, Gedächtnisschwäche, Charakterveränderung, Reizbarkeit; dazu gesellen sich vielleicht einzelne körperliche Andeutungen, Kopfschmerz, Erschwerung der Sprache, Schwindelanfälle. Bisweilen entwickelt sich aus diesen Vorboten heraus zunächst das Bild der depressiven Paralyse mit Versündigungs- oder Verfolgungsideen und Angstzuständen. Häufiger jedoch tritt von Anfang an sogleich eine heitere Erregung mit blühendem Grössenwahn hervor, wenn auch hypochondrische Anwandlungen, vorübergehende weinerliche Verstimmungen keineswegs selten sind.

Die weitere Entwicklung der Krankheit vollzieht sich in der Regel allmählich, seltener plötzlich und unvermittelt binnen wenigen Tagen. Die Anzeichen von Verstimmung und Krankheitsgefühl verlieren sich; der Kranke wird zugänglich, heiter, gesprächig, verrät aber dabei durch den Mangel an klarem Verständnisse für seinen Zustand und seine Lage, durch merkwürdige Urteilslosigkeiten und Unbesonnenheiten deutlich, dass es sich nicht um eine Besserung, sondern nur um eine Änderung seines Krankheitszustandes handelt.

Sehr bald stellt sich nun der eigentümliche G r ö s s e n w a h n ein, die „Megalomanie“, welche vor allem das klinische Krankheitsbild der Dementia paralytica bekannt gemacht („Klassische Paralyse“) und auch die volkstümliche Bezeichnung des ganzen Leidens bestimmt hat. Der Inhalt desselben umfasst die gesamten Beziehungen des Kranken, seine körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, sein Wissen, seine äussere Stellung, seinen

Besitz, seine Zukunft. Zunächst halten sich die Grössenideen vielleicht noch im Bereiche des Denkbaren und Möglichen und machen den Eindruck kindisch aufdringlicher Prahlereien. Der Kranke fühlt sich so kräftig wie noch nie, ist auffallend gut konserviert, sehr gebildet, versteht viele Sprachen, wenn er sie auch wegen seiner Zahnlücken im Augenblick nicht sprechen kann, hat wunderschöne Töchter. Er macht vortreffliche Gedichte, hat eine ausgezeichnete Stimme, bedeutende geschlechtliche Leistungsfähigkeit, hohe Verbindungen, grossartige Aussichten, verkehrt nur mit feinen Leuten, ist sehr angesehen, kann jeden Tag die besten Partien machen, erfreut sich des besonderen allerhöchsten Vertrauens. Sein Geschäft geht glänzend, wirft ein schönes Geld ab; er wird es bedeutend vergrössern, überall Filialen anlegen, das grosse Los gewinnen, wichtige Erfindungen machen, öffentliche Vorträge halten, ein Buch schreiben, welches das grösste Aufsehen machen und ihm bedeutende Summen einbringen muss; er wird sich ein Schloss bauen, weite Reisen unternehmen, Reichstagsabgeordneter werden, glänzende Reden halten und ohne Zweifel binnen kurzem ins Ministerium berufen werden, hat eine riesige Erbschaft in Aussicht. Auf der Schule wie an verschiedenen Universitäten hat er seine Lehrer durch seine Begabung in Erstaunen gesetzt, eine Menge Preise gewonnen, ist Meister in allen ritterlichen Künsten, Liebling der Frauenwelt, hat im Kriege Wunder der Tapferkeit verrichtet, mehrfach durch sein persönliches Eingreifen den Sieg herbeigeführt, auf grossen Reisen äusserst merkwürdige Erlebnisse durchgemacht, ist wiederholt in höchster Lebensgefahr gewesen, aus der er sich immer wieder durch seine unerhörte Kraft und Klugheit befreit hat.

Schon jetzt indessen tritt die bedeutende psychische Schwäche des Kranken in der widerspruchsvollen Zerfahrenheit seines Wahnes, in der traumhaften Unbefangenheit, mit der er seine Luftschlösser aufbaut, und in der Urteilslosigkeit gegenüber den nächstliegenden Einwänden nur allzu deutlich hervor. Ein armer Gemeindeschreiber erzählte mir triumphierend, dass er für jeden Tag seines Anstaltsaufenthaltes 1000 Rubel Entschädigung verlangen und dann mit dem erhaltenen Gelde herrlich und in Freuden leben werde. Andere berauschen sich an dem Plane, von nun an einfach alle Waren mit 50% Nutzen zu verkaufen oder

sämtliche Lotterielose zu erwerben, damit ihnen das grosse Los sicher nicht entgehen könne. Einen guten Einblick in die erregten Gedankengänge solcher Kranker gewährt folgende Nachschrift:

„O Gott, o Gott, ich habe ja so viel Ideen, jede Sekunde eine Idee; ich werde ja noch wahnsinnig — mein armer Kopf! Ich bin das grösste Genie, das je existiert hat und sitze hier im Narrenhause; ich armer Tropf, ich bin ja zu allem fähig; lassen Sie mich heim zu meiner armen Frau. Ich bin Offizier; Sie dürfen mich nicht zurückhalten; ich habe den Krieg mitgemacht; ich müsste eigentlich im Generalstabswerk stehen, aber ich habe es nicht haben wollen. Ich schenke ja meine besten Ideen her; mir liegt die Literatur und die Philosophie am Herzen; ich kann ja meine Patente nicht alle verwerten; ich denke ja jede Viertelstunde ein neues aus. Wollen Sie Sich Equipage anschaffen, Herr Dr.? Ich bin der beste Pferdekenner; ich schenke Ihnen 2 prächtige Trakehner; ich baue Ihnen das schönste Bicycle, das in Europa existiert; ich bin Ihnen ja ewig dankbar; Sie sind mein Retter, mein Heiland; Sie retten in mir der Welt ein Genie! Machen Sie mich gesund; ich küsse Ihnen aus Dankbarkeit die Stiefel! Herr Gott, stehe mir bei, errette mich aus diesem Narrenhaus; zerschmettere diese Leute, die mich so misshandeln! Was ist das für eine scheussliche Anstalt; der Baumeister hat ja gar nichts verstanden! Sehen Sie, Herr Dr., ich will Ihnen einmal zeigen, wie Sie das umbauen. Die Anstalt ist viel zu akustisch; da müssen Filztapeten her; die Geisteskranken dürfen Sie nicht machen lassen, was sie wollen; da muss strenge Zucht her. Überhaupt räumen wir die Baracke aus, machen eine Pionierkaserne draus; der Neckar ist ja in der Nähe. Die Irrenanstalt verlegen wir ins Schloss; ich baue es um; ich bin ja über die historische Bedeutung orientiert. Wir machen da Ausgrabungen, wie die von Schliemann — ach Gott, heisst er Schliemann? — ich verliere ja das Gedächtnis; ich bin ja wahnsinnig; ich bin verrückt; geben Sie mir Blausäure, dass ich verrecke; ich will gern sterben. Lassen Sie mich fort, lassen Sie mir Handschellen anlegen und mich durch einen Polizeikommissär in die Heimat bringen; ich kann mein Leben nicht im Narrenhaus zubringen; was wird aus der Deutschen Wissenschaft, aus den Deutschen Universitäten! Ich bin doch ein Genie, wie Sie doch merken müssen; ich spreche doch französisch — bin ich also verrückt? Aber ein Segen war's, dass ich ins Narrenhaus kam; soll ich Ihnen den Faust deklamieren? u. s. w.“

In der Regel nimmt die Unsinnigkeit und Abenteuerlichkeit des Grössenwahns rasch und unaufhaltsam zu. Der Kranke glaubt über ungeheure Körperkräfte zu verfügen, kann zehn Elefanten heben, ist der schönste Adonis der Welt, schläft „wie Tausend in einer Nacht“, wiegt vier Zentner, nimmt jede Woche 25 Pfund zu, hat eine eiserne Brust, geht in einer Minute tausend Meilen weit, kann fliegen; sein Urin ist Rheinwein, seine Ausleerungen Gold. Er hat alle Wissenschaften studiert, ist Professor für alle

Fächer, spielt den Don Carlos wie ein Gott, spricht sämtliche Sprachen der Welt, plaudert mit dem lieben Gott, trinkt täglich hundert Flaschen Champagner, hält jeden Nachmittag Hochzeit, zu der alle Fürstlichkeiten eingeladen sind, zeugt nur kaiserliche Prinzen, hat eine goldene Frau. Er kann tausend Weiber befriedigen, alle Krankheiten kurieren, Tote auferwecken, hat ein komprimiertes Gehirn, wird niemals sterben. Dabei ist er Graf, Fürst, „Kaiser, Gott und Rothschild", „Herkules, Millionär und Wassertaucher", einstimmig zum deutschen Kaiser gewählt, „der höchsten Natur zugeteilt", Obergott, „seine eigene Grossmutter im Kubus", besitzt sämtliche hohe Orden, blauseidene Wäsche, Berge von Gold, ein ungeheures Vermögen, Millionen mal Milliarden, ausgedehnte Jagdgründe, 600 Orloftraber, ungezählte Viehherden in Marmorställen, 100000 Schiffe, jedes hundert Fuss lang und hundert Fuss breit, mit 10000 elektrischen Schrauben, Königreiche, Erdteile, ja die ganze Welt. Er ist im Himmel geboren, Sohn der Frau Venus, gestorben und wieder auf die Welt gekommen, hat grosse Reisen gemacht, war in Amerika, Jerusalem und Kamerun, überall auf seinem eigenen Kriegsschiffe; er wird Reitknecht mit 10000 Mark Gehalt, wird die Kaiserin heiraten, jedem der Mitkranken eine Million schenken, dem Arzte eine Million Gehalt zahlen „und die Kost", eine Brücke über den Ozean nach Indien bauen, einen Turm errichten in einem Garten, der tausend Meilen lang ist, mit goldenem Dach, mit eigenem Theater und Zirkus; er wird eine Flugmaschine erfinden und im Weltall herumfliegen, ein Bergwerk bis nach Kalifornien durch die Erde graben u. s. f.

Meist spiegeln sich die persönlichen Lebensverhältnisse und Interessen in diesen Ideen wieder, aber immer in unsinniger Verzerrung. Frauen prahlen mit ihrer Schönheit, ihrem Schmuck, dem goldenen Taschentuch, mit Diamanten gestickt, mit ihren zahlreichen und schönen Kindern, deren sie täglich zwei oder mehrere gebären, erwählen sich die höchsten Würdenträger zu Männern. Bemerkenswert ist es, dass sich im allgemeinen die Grössenideen der weiblichen Paralytiker in bescheideneren Grenzen zu halten und nicht so ungeheuerlich über das Mögliche hinauszugehen pflegen wie diejenigen der Männer.

Das Bewusstsein der Kranken ist während der Entwicklung des Grössenwahnes meist leicht getrübt. Die Umgebung wird

nur unvollkommen und bruchstückweise von ihnen aufgefasst und verstanden. Über Zeit, Ort und Umstände vermögen sie sich keine klare Rechenschaft zu geben, wie sich bei eingehender Prüfung bald herauszustellen pflegt. Sie kümmern sich auch wenig um die wirklichen Vorgänge, sind vielmehr ganz von ihren traumhaften Glücksvorstellungen und Plänen in Anspruch genommen. Der Zusammenhang ihres Gedankenganges ist regelmässig ein sehr lockerer und kann leicht durch äussere Einflüsse gelenkt werden. Wie sie der Augenblick eingibt, folgen die verschiedenartigsten Ideen einander, in buntem Wechsel, unverarbeitet, voll der handgreiflichsten Widersprüche. Seltener werden einzelne Bestandteile des Wahnes längere Zeit hindurch festgehalten; meist wird alles rasch wieder vergessen oder durch Neues verdrängt. Regelmässig gelingt es, durch Zureden den Kranken zu weiterer Ausdehnung und Ausschmückung seiner Grössenideen, fabelhaften Erlebnisse und abenteuerlichen Pläne zu veranlassen. Vielfach besteht, wie in dem obigen Beispiele, deutliche Ideenflucht. Namentlich in den Schriftstücken der Kranken, bei den Aufzählungen ihrer Wünsche, Aufträge und Pläne pflegt sie als Teilerscheinung der erhöhten Ablenkbarkeit klar hervorzutreten. In einzelnen Fällen sind vorübergehend Gesichts- oder Gehörstäuschungen vorhanden, pflegen aber nur eine geringe Rolle im Krankheitsbilde zu spielen. Meist handelt es sich um Einbildungstäuschungen. Einer meiner Kranken, ein Künstler, hörte im Beginne der Krankheit mit allen Einzelheiten, wie eine seiner Schülerinnen im Nebenzimmer Geschlechtsverkehr unterhielt.

Die Stimmung des Kranken ist, übereinstimmend mit dem Inhalte seines Wahnes, freudig gehoben, selbstbewusst und hoffnungsvoll. Sie steigert sich vielfach zu ganz überschwänglicher, strahlender Glückseligkeit. Der Kranke dankt dem Himmel unter heissen Freudentränen, dass ihm eine solche Wonne beschieden sei. Die ganze Welt möchte er umarmen und beglücken, wie er selbst dadurch beglückt ist, dass sich nun sein Schicksal so unbeschreiblich herrlich gestaltet hat. Alles, was ihn umgibt, ist unübertrefflich und köstlich; seine Mahlzeiten, seine Wohnung, seine Kleider sind eines Königs wert, seine Freunde und Bekannten ausgezeichnete, edle, hochgebildete Männer, seine Kinder vollendete Muster an Wohlerzogenheit und Verstand. Hie

und da schimmern indessen durch die gehobene Stimmung leise Andeutungen eines dumpfen Krankheitsbewusstseins hindurch, das Zugeständnis, etwas nervös, ruhebedürftig zu sein; auch einzelne hypochondrische Anwandlungen werden beobachtet, die Klage, dass kein Gehirn mehr da, das Blut eingetrocknet sei. Auch dieser Stimmungswechsel ist in der mitgeteilten Nachschrift deutlich erkennbar.

Andererseits jedoch besteht häufig auch eine ausserordentliche Reizbarkeit. Namentlich Zweifel oder Widerspruch gegenüber den Grössenideen bringen den Kranken leicht in heftigen, aber rasch verrauchenden Zorn, um so mehr, wenn er gerade nichts auf die Einwände zu erwidern weiss. Auch gegenüber anderen Kranken wird er bisweilen rücksichtslos gewalttätig, da er nicht das geringste Verständnis für deren Zustand hat, sondern sie ohne weiteres für freche Schwindler und für vollständig gesund erklärt. Er droht dann, durch seine Artillerie alles zusammenschiessen, die ganze Gesellschaft in Ketten schliessen, „von 100 Kamerunnegern mit eisernen Peitschen durchprügeln" zu lassen. Nicht selten beobachtet man ganz plötzliches Umschlagen der Stimmung in tiefe Depression oder lebhafte Angst mit krampfhaftem Weinen und einzelnen hypochondrischen oder Verfolgungsideen. Freilich pflegen solche Anwandlungen einige Stunden oder Tage nicht zu überdauern; seltener bilden sie längere Abschnitte im Krankheitsverlaufe.

Auf psychomotorischem Gebiete fällt an dem Kranken fast immer eine gewisse Erregung auf, die sich unter Umständen zu sehr erheblichen Graden steigern kann. Der Kranke ist unstät, vielgeschäftig, unternehmungslustig, treibt sich planlos herum, knüpft überall Bekanntschaften an, ladet alle möglichen Leute zu sich ein, benimmt sich auffallend, lärmend, spricht viel und laut, schreibt zahllose Briefe, gerät leicht in Streit, fängt an, stark zu trinken, zu rauchen, zu schnupfen, geschlechtlich auszuschweifen. Zugleich beginnt er, an die Verwirklichung der grossen Pläne zu gehen, die ihm aus dem Gefühle unbegrenzter Leistungsfähigkeit und aus seinem lebhaften Tatendrange hervorwachsen. Ohne jede Überlegung nimmt er die verschiedenartigsten Unternehmungen in Angriff, die nicht nur über sein Verständnis und seine Geldmittel, sondern sehr bald auch über das

Mögliche überhaupt hinausgehen. Allerdings bleibt es regelmässig bei einigen unsinnigen einleitenden Schritten, weil rasch eine neue Idee die frühere verdrängt. Er vergrössert plötzlich sein Geschäft, fängt an, zu bauen, schliesst eine ganz unpassende Ehe oder betreibt seine Scheidung, um eine vornehme Partie zu machen, zeigt aus dem Stegreif seine Verlobung mit irgend einer reichen Erbin an, telegraphiert an Souveräne mit der Bitte um hohe Orden oder Titel, macht grossartige Geschenke, kauft auf, was ihm vor das Gesicht kommt, und bestellt ungemessene Mengen der verschiedensten Gegenstände, die er zur Ausführung seiner Pläne zu brauchen glaubt. Einer meiner Kranken, der reich und Liebhaberphotograph war, sandte eine Depesche ab, mit dem Ersuchen, ihm für seinen Gebrauch Pyrogallussäure im Werte von 200000 Mark zu senden. Andere studieren die Anzeigenteile der Zeitungen und nehmen kurzerhand alles in Anspruch, was dort geboten wird, Papageien und Köchinnen, Kaleschen, Landhäuser und Heiratspartien. Auf diese Weise erklärt sich die ausserordentliche Geschwindigkeit, mit welcher die Kranken grosse Summen verschwenden, die heilloseste Verwirrung anrichten und über sich selbst wie über ihre Angehörigen die schwersten Unannehmlichkeiten heraufbeschwören.

Dazu kommt, dass sich in ihrem ganzen erregten und kopflosen Handeln deutlich jene Abstumpfung des sittlichen Gefühles geltend zu machen pflegt, welche durch die Erkrankung regelmässig herbeigeführt wird. Die Kranken werden nicht nur nachlässig in ihrem Äusseren, unsauber und unordentlich in der Kleidung, sondern sie verlieren auch das Verständnis für die einfachsten Anforderungen des Anstandes, erzählen schmutzige Geschichten, befriedigen ihre Bedürfnisse ohne Rücksicht auf die Umgebung, rühmen in schamlosester Weise die geschlechtlichen Vorzüge ihrer Frauen oder Töchter, zeigen sich mit öffentlichen Dirnen auf der Strasse oder suchen dieselben bei Bekannten einzuführen. Ja, wir sehen die Kranken sogar nicht selten geradezu gefährliche und verbrecherische Handlungen begehen, kleine Diebstähle, plumpe Betrügereien, Zechprellereien, unsittliche Angriffe. Meist verfahren sie dabei so unüberlegt, dass sie sofort entdeckt werden. Einer meiner Kranken ergriff auf dem Bahnhofe ohne weiteres den Koffer eines neben ihm sitzenden Reisenden und

wollte damit verschwinden. Da er nachher trotz des offenkundigsten Augenscheines vielleicht einfach alles ableugnet, wird der Kranke bisweilen für einen ganz besonders frechen und geriebenen Gauner gehalten. Oft wandert er erst dann endlich als krank in die Anstalt, wenn er die verschiedensten Vergehen gegen die öffentliche Ordnung, gegen die Schamhaftigkeit, Widerstand gegen die Staatsgewalt begangen, seine Familie binnen kurzer Zeit an den Bettelstab gebracht hat, gemisshandelt und gemassregelt, heruntergekommen und von Ausschweifungen erschöpft ist.

Vielfach tritt nunmehr eine gewisse Beruhigung ein, in welcher der Kranke seine Grössenideen und Pläne zum Teil ableugnet, zum Teil aber auch mehr oder weniger geschickt zu begründen weiss. Für die Beobachtung in der Anstalt kann er, der bisweilen nachdrücklich seine Befreiung verlangt, abgesehen von einem gewissen Grade des Schwachsinns, unter Umständen sehr bald annähernd gesund erscheinen, doch pflegt sich nach einem Entlassungsversuche früher oder später in dem Handeln des Kranken die tiefe Störung kundzugeben, die seine gesamte Persönlichkeit erfahren hat. Andererseits kann das unsinnige Grössendelirium auch längere Zeit, oft viele Monate und selbst Jahr und Tag hindurch, in allmählich immer ausschweifenderer und zerfahrenerer Form fortdauern. Man bemerkt sehr bald, dass die ursprüngliche Regsamkeit und Reichhaltigkeit des Vorstellungslebens mehr und mehr verloren geht. Die Wahnideen werden dürftiger und zusammenhangsloser, widerspruchsvoller; die Stimmung wird matter und teilnahmloser, und der Tatendrang beschränkt sich schliesslich auf das Verfassen von unentzifferbaren Briefen und Depeschen, das Entwerfen kindisch ungeschickter Zeichnungen und Pläne, das Ansammeln allen möglichen Unrats in den vollgestopften Taschen, das Schreiben endloser Zahlenreihen, in denen sich das unermessliche Vermögen des Kranken oder der Gewinn ausdrückt, den er durch seine Unternehmungen zu erzielen hofft. Nach und nach wird der Kranke immer blödsinniger und stumpfer, wenn auch ein matter Abglanz des Grössenwahns bisweilen noch lange Zeit seinen Stimmungshintergrund erhellt. Zufrieden, mit freundlichem, glücklichem Gesichte, sitzt er da und lallt vielleicht noch mit kaum verständlicher Sprache einzelne aus den Grössenideen

herübergenommene Worte: „gutes Essen“, „Millionen“, „schöne Pferde“, „goldene Kaiserin“, bis endlich auch die letzte derartige Erinnerung mit der vollständigen Vernichtung der psychischen Persönlichkeit erlischt.

Der expansiven Paralyse dürften etwa 15—16% der Fälle angehören. Ihre Dauer ist im allgemeinen eine längere, als diejenige der anderen Formen; von den in den letzten Jahren bei uns verstorbenen Kranken ging nur etwa 1/3 innerhalb der ersten zwei Jahre zu grunde. Einzelne Fälle konnte ich bis zu 14jähriger Dauer verfolgen. Erklärt wird dieser langsame Verlauf vor allem durch die häufigen Remissionen, die ich in einem Drittel meiner Fälle auftreten sah. Namentlich beobachtet man hier nicht selten Jahre vor dem Auftreten der eigentlichen Krankheit einzelne Krankheitserscheinungen, Doppeltsehen, Schwindelanfälle, Reizbarkeit, Erregung, Versagen der Sprache, welche dann völlig wieder zurücktreten können. Mir ist es unzweifelhaft, dass wir jene Störungen, sofern sie in das klinische Bild der Paralyse hineinpassen, als erste leise Anfänge des Krankheitsprozesses aufzufassen haben. So sah ich noch 1884 einen Fall, in welchem durch derartige Vorboten ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Kriege von 1870 wahrscheinlich wurde.

Das Schwanken zwischen depressiven und expansiven Zuständen, wie wir es oben kennen gelernt haben, kann sich in einzelnen Fällen mehrmals hintereinander wiederholen, so dass kürzere oder längere Zeiten heitersten Grössenwahns mit dem Versinken in ängstliche Verstimmung, hypochondrische Verzweiflung oder völlige Stumpfheit abwechseln. Diese Verlaufsart hat man auch wohl als cirkuläre Form der Paralyse bezeichnet. Die äussere Ähnlichkeit mit gewissen Fällen von cirkulärem Irresein ist bisweilen eine sehr grosse. Trotzdem wird man sie von diesem letzteren wegen ihrer schleppenden Entstehungsweise in reiferem Lebensalter, wegen der Unregelmässigkeit der einzelnen Abschnitte, namentlich aber wegen der deutlichen Anzeichen zunehmender psychischer Schwäche, wegen der nervösen Störungen und des fortschreitenden Verlaufes bei längerer Beobachtung immer abzugrenzen im stande sein. —

Die agitierte Paralyse ist diejenige Verlaufsart der expansiven Form, bei welcher ausgeprägtere manische und deliriöse

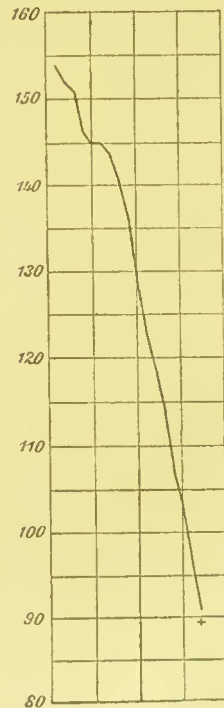
Erregungszustände das Krankheitsbild beherrschen. Gerade bei dieser Form sind die einleitenden Störungen häufig sehr gering, so dass die Krankheit öfters ganz plötzlich hereinzubrechen scheint. Meist entwickelt sich hier sofort ein fast noch blühenderer und unsinnigerer Grössenwahn, als wir ihn schon bei der expansiven Form kennen gelernt haben. Binnen wenigen Tagen wird der Kranke von allen seinen früheren Leiden und Gebrechen geheilt; er besitzt die Krone vom Heiland, eine Villa im 8. Himmel, führt eine neue Zeitrechnung herbei und rückt auf zum höchsten Gott, der ewig gelebt und das Weltall erschaffen hat. Er kann Menschen und Pferde künstlich machen, Tote auferwecken, ist Naturmensch, Graf Reinach, König von Spanien. Sonne, Mond und Sterne gehorchen seinen Befehlen; mit Gedankengeschwindigkeit vermag er sich an jeden Punkt des Himmels zu versetzen. Er hat alle Kriege geführt, alle Schlachten gewonnen, die grössten Entdeckungen und Erfindungen gemacht, alle grossen Männer aller Zeitalter persönlich gekannt oder selber erzeugt. Er gebietet über fabelhafte Reichtümer, deren Wert in Zahlen überhaupt nicht ausgedrückt werden kann, über Dezillionen oder Dezilliarden, baut im Nu die prachtvollsten Schlösser und Dome aus violetter Mondkohle, Diamanten und Edelsteinen, befruchtet Tausende der schönsten Weiber mit den herrlichsten Göttersöhnen.

Bisweilen verbinden sich Grössen- und Kleinheitsideen in unentwirrbarer Weise miteinander. Der Kranke ist verzweifelt darüber, dass er sich in seiner Dummheit in die Anstalt begeben hat, statt seine Millionen deutscher Reichspatente auszunutzen und sich als Kaiser krönen zu lassen. Dadurch ist ihm der Hals zugewachsen, und er hat unermesslichen Schaden. Aber er wird so viele Milliarden unter die Leute verteilen, dass niemand mehr von seiner Verrücktheit sprechen wird. Sein Bauch ist voll Eiter, sein Kopf mit Käfern gefüllt, Gedächtnis und Verstand verloren, aber er wird wiedergeboren, bekommt ein neues Hirn und stärkere Muskeln, andere Augen. In den plötzlichen Verzweiflungsanwandlungen kann es zu triebartigen Selbstmordversuchen kommen.

Hier pflegt auch die Aufregung eine sehr viel stärkere zu sein. Zeitweise entwickelt sich ideenflüchtige Verworrenheit mit grosser Reizbarkeit und Gewalttätigkeit. Eine solche Kranke lieferte folgende abgerissene Sätze:

„Das war eine Qual, in diesem Saal, nur das Knicken und das Knacken; sie haben's getan, sie haben's getun, sie haben nichts verschuldet. Nicht sie, nicht ich, nicht sie, nicht ich, nur die eine vereinte menschliche Natur, nein, nein, nein, nein, nur die Spur, zu dem Hang, der Natur, ja ein ruhiges Gewissen, wird mir stets den Schlaf versüssen, lebe wohl, lebe wohl, du schöner Wald. Wörrishofer Kurgast, als geraten, die isst Hasenbraten, ein Kurgast, diese Kuh, die macht Muh. Ach, da ruckt's, ach da spuckt's, mit dem einen, mit dem kleinen, vereinbarten Ding, in dem Ring, der menschlichen Natur."

Der Kranke ist Tag und Nacht unruhig, ohne Unterbrechung mit seinen unendlichen Plänen beschäftigt, Befehle in alle Himmelsrichtungen telephonierend, lacht, schwatzt, singt unaufhörlich, hält Zwiegespräche mit Gott, masturbiert, ist unrein und schmiert mit dem Essen und seinen Ausleerungen herum. Er schläft fast gar nicht, nimmt sehr unregelmässig Nahrung zu sich, da er unvergleichlich viel Besseres zu beanspruchen hat; sein Körpergewicht sinkt sehr rasch. Nicht selten sind subnormale Temperaturen; mehrfach sah ich die Anzeichen eines Diabetes insipidus.



Figur XVIII.
Galoppierende Paralyse.

Die schwersten Fälle der agitierten Paralyse hat man bisweilen mit dem Namen der galoppierenden Paralyse belegt. Es handelt sich dabei um einen überaus raschen, tötlichen Verlauf der Erkrankung unter den Erscheinungen hochgradigster psychischer und nervöser Erregung mit plötzlichem Zusammenbruche. In der Regel bildet dieses stürmische Krankheitsbild den Abschluss einer agitierten, seltener depressiven Paralyse; es gibt aber auch Fälle, die von vorn herein in dieser Weise verlaufen. Unter rasch sich steigernder Erregung wird der Kranke vollkommen verwirrt und unbesinnlich, stösst nur unartikulierte Laute oder stereotype, unsinnige Silben aus, wälzt sich am Boden, zappelt mit Armen und Beinen, schläft nicht, nimmt keine Nahrung zu sich, sondern spuckt alles wieder aus, lässt Kot und Urin unter sich gehen. Das Körpergewicht sinkt mit erschreckender Schnelligkeit, wie die Figur XVIII zeigt; der Puls ist klein

und frequent, die Temperatur erhöht (38—39°), wahrscheinlich meist wegen der zahlreichen Quetschungen und Hautabschürfungen, die sich der Kranke in seiner sinnlosen Erregung zuzieht. Nach einigen Tagen oder Wochen, nachdem vielleicht schon wiederholt apoplektiforme oder epileptiforme Anfälle dagewesen sind, werden die Bewegungen des zeitweise soporösen Kranken unsicher und zitternd; die Mundhöhle ist trocken, Lippen und Zunge mit dicken, schwärzlichen Krusten bedeckt; es stellen sich profuse Diarrhöen, kalte Schweisse, Sehnenhüpfen, grosse Neigung zu Druckbrand ein, und unter zunehmender Herzschwäche erfolgt, bisweilen nach vorübergehender Besonnenheit, der tötliche Ausgang. Dieses Krankheitsbild ist es, welches bisweilen mit gewissen Infektionsdelirien unbekannten Ursprunges unter der Bezeichnung des „Delirium acutum“ zusammengefasst worden ist. Es gilt das namentlich für diejenigen Fälle, in denen die einleitenden Erscheinungen wenig oder gar nicht ausgesprochen sind. Was mir diese Anschauung vor allem wahrscheinlich macht, ist der Umstand, dass man hie und da Gelegenheit hat, einen Kranken aus diesem Zustande sich wieder erholen und nunmehr die vorher vielleicht nicht bemerkten Zeichen der Paralyse unzweifelhaft hervortreten zu sehen.

Die agitierte Form ist im ganzen die seltenste Erscheinungsart der Paralyse; nach meinen Erfahrungen möchte ich derselben höchstens 11% der Fälle zuzählen. Galoppierende Paralysen fand Behr bei Männern in 9,2, bei Weibern in 2,0%, Buchholz 4mal unter 335 Fällen, also in 1,2%. Paralytische Anfälle sind ziemlich häufig; Remissionen habe ich in nahezu einem Viertel der Fälle beobachtet. Die Dauer betrug in $^2/_3$ der Fälle weniger als zwei Jahre; bei der galoppierenden Form kann das Ende schon nach wenigen Monaten, vielleicht sogar noch schneller eintreten.

Zum Schlusse sei hier noch kurz eines Krankheitsbildes gedacht, welches zwar nicht selbständig auftritt, aber in allen Formen der Paralyse sich vorübergehend einschieben kann, namentlich in den ersten Zeiten des Leidens. Ich meine gewisse deliriöse Zustände, welche eine grosse klinische Ähnlichkeit mit dem Delirium tremens zeigen. Die Kranken verlieren rasch die Orientierung, geraten in eine eigentümliche Unruhe mit Beschäftigungsdelirium, lebhaften Sinnestäuschungen, Schlaflosig-

keit und starkem Zittern, mit halb ängstlicher, halb euphorischer Stimmung, aber ohne den kennzeichnenden Humor der Trinker. Nach einigen Tagen oder Wochen pflegt Beruhigung und Klärung einzutreten. Man ist in der Regel versucht, diese Zustände ohne weiteres für alkoholische zu halten und sie auf übermässiges Trinken in gesunden oder kranken Tagen zurückzuführen. Für eine Anzahl von Fällen hat diese Auffassung gewiss Berechtigung. Abgesehen aber davon, dass oft der vorausgegangene Alkoholmissbrauch ein ganz unverhältnismässig geringer gewesen ist, habe ich zu meiner Überraschung jenes Krankheitsbild auch in einzelnen Fällen auftreten sehen, in denen es sich bestimmt um sehr mässig lebende Kranke handelte. Es hat demnach den Anschein, als ob es ein Delirium der Paralytiker gibt, welches demjenigen der Trinker zwar recht ähnlich, aber doch nicht mit ihm wesensgleich ist. —

Als **demente Form** bezeichnen wir diejenige Gruppe von Fällen, bei welcher die Erscheinungen des fortschreitenden Blödsinns von vornherein das Krankheitsbild beherrschen. Meist finden sich auch hier einzelne Andeutungen der bisher besprochenen Störungen, namentlich vorübergehende deliriöse Erregung, triebartige ängstliche Unruhe, kümmerliche hypochondrische oder Grössenideen, vereinzelte Sinnestäuschungen, allein diese psychischen Reizerscheinungen treten ganz in den Hintergrund gegenüber der rasch und stark ausgeprägten Verblödung. Die ersten Anzeichen der herannahenden Krankheit sind Verlust der geistigen Regsamkeit, Unfähigkeit zur Arbeit, Gedankenarmut, Vergesslichkeit und Zerstreutheit, unvermittelte Launenhaftigkeit und Reizbarkeit neben auffallender Gleichgültigkeit und Schlaffheit in wichtigen Angelegenheiten, Klagen über Schmerzen oder Druckempfindungen im Kopfe. Der Kranke ermüdet rasch, schläft gelegentlich in Gesellschaft ein, ist bisweilen plötzlich wie abwesend; er wird unsicher und leicht bestimmbar in seinem Urteile, in seinen Entschlüssen, dabei oft zu Zeiten wieder in Kleinigkeiten sonderbar eigensinnig. Bei Dingen, die ihm sonst durchaus geläufig waren, irrt er sich und muss sich lange besinnen, um sich ganz einfache Daten zu vergegenwärtigen, mit denen er vielleicht täglich zu arbeiten hatte. Das Bewusstsein trübt sich allmählich; der Kranke ist nicht mehr imstande, die Vorgänge in seiner

Umgebung zu verstehen, verliert die Klarheit über Zeit, Ort und Lage. Er steigt auf der Reise in falsche Züge, erreicht seinen Bestimmungsort nicht, wird irgendwo ohne Gepäck und von allen Mitteln entblösst aufgegriffen. Seine Gedanken verwirren sich; er macht zeitweise den Eindruck eines Betrunkenen, verirrt sich in seiner eigenen Wohnung und erkennt vielleicht seine nächsten Angehörigen und Freunde nicht mehr. In etwa $^1/_3$ der Fälle werden vorübergehend Erregungszustände mit mehr oder weniger starker deliriöser Benommenheit beobachtet.

Nicht selten tauchen auch flüchtige Wahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen auf. Der Kranke sieht schwarze Männer mit grossen Bärten, Engel im Himmel, hört Mückenstimmen, Schimpfworte, fühlt sich verdoppelt, verhext. Er wird bestohlen, vergiftet, gequält, ist von Adel, sehr reich, wird eine schöne Frau heiraten, rühmt seine 1000 Orden, seine schöne Stimme, seine „stolzen" Unterhosen, hat eine seidene Kappe, eine Uniform zu Hause. Ein Kranker telegraphierte beim Ausbruche des Leidens nach Hause, dass er eine grosse Entdeckung gemacht habe, sprang kurz darauf in einem Angstanfalle aus dem Fenster, um von da ab das Bild eines einfachen, behaglichen Blödsinns darzubieten. Die Wahnvorstellungen der Kranken tragen deutlich die Kennzeichen des Kindischen und Schwachsinnigen; sie lassen sich in der Regel durch Zureden sehr leicht beeinflussen. Öfters beginnen die Kranken auch in der gleichen schwachsinnigen Weise zu fabulieren, erzählen von einem Zusammentreffen mit dem Kaiser, von einer Geldsendung, die eingetroffen sei, von einem Besuche, den sie am Morgen gemacht haben.

Die gemütliche Erregbarkeit pflegt dabei meist mehr und mehr zu schwinden. Im Beginne freilich tritt nicht selten eine dumpfe Angst auf, innere Unruhe, Beten, plötzliches Weinen oder unvermittelter Wechsel der Stimmung. Vielfach besteht auch Reizbarkeit, wüste geschlechtliche Erregbarkeit und selbst Neigung zu Gewalttaten, die sich in Bedrohungen und Angriffen auf die Umgebung äussern kann. Späterhin aber wird der Kranke stumpf, teilnahmlos, zeigt nicht das geringste Interesse mehr für die Personen und Dinge, die ihn am nächsten angehen. Die Vorhaltungen, die ihm wegen seiner Verstösse gemacht werden, nimmt

er ohne nachhaltige Reaktion hin; er versteht kaum, was man von ihm will, da er den Überblick über seine Berufstätigkeit bereits vollkommen verloren hat.

Sehr deutlich tritt gewöhnlich ein stumpfsinniges, rücksichtsloses Interesse für gröbere Genüsse hervor. Der Kranke isst, trinkt, raucht, so lange ihm die Genussmittel erreichbar sind, unempfindlich gegen alle sich aus seiner Gier ergebenden Folgen. Meist entwickelt sich im weiteren Verlaufe eine ungemein kennzeichnende, schwachsinnige Zufriedenheit, die sich in vergnügtem Lächeln, in der freundlichen Miene bei jeder Anrede und in herzlichen Begrüssungen ganz fremder Personen kundgibt. Trotz des raschen geistigen Verfalles fühlt sich der Kranke doch kerngesund und leistungsfähig, ist überall „gern da", findet alles ausgezeichnet und vortrefflich. In anderen Fällen dagegen besteht doch eine gewisse allgemeine Vorstellung von der tiefgreifenden Veränderung, die sich mit der eigenen Persönlichkeit vollzogen hat. Der Kranke klagt selbst über die Langsamkeit und Schwerfälligkeit seines Denkens, über seine Vergesslichkeit, und sucht deswegen ärztliche Hilfe auf, ja er rafft sich vielleicht sogar in der mehr oder weniger klaren Furcht vor dem bevorstehenden Leiden zu einem Selbstmordversuche auf, wenn derselbe auch bei seinem Schwachsinn und dem Mangel an Tatkraft häufig ergebnislos bleibt.

Die Arbeitsfähigkeit des Kranken wird durch die rasch fortschreitende Verblödung auf das empfindlichste geschädigt. Er fängt an, in seinen gewohnten Verrichtungen unordentlich und nachlässig zu werden, versäumt seine Dienststunden, wichtige Aufträge, vergisst die Aufschrift auf seinen Briefen, verliert oder verlegt wertvolle Gegenstände, Geld, Papiere, kommt mit seinen Arbeiten gar nicht oder nicht rechtzeitig zustande und lässt sich unbegreifliche Versehen zuschulden kommen, Schnitzer in der Rechtschreibung, grobe Rechenfehler u. dergl., ohne es selbst recht zu bemerken. Ein Beamter meinte, die Erlasse seiner vorgesetzten Behörde müssten in den letzten Jahren immer dunkler und unverständlicher geworden sein, da er sie sich nicht mehr wie früher sogleich einprägen könne.

Meist hört der Kranke überhaupt auf, sich um seine Obliegenheiten zu kümmern. Dagegen begeht er allerlei unvernünftige und

verkehrte Handlungen, die ihn nicht selten mit der öffentlichen Ordnung und mit dem Strafgesetze in Widerstreit bringen. Er wird unruhig, lärmend, treibt sich zwecklos herum, selbst halbnackt, trinkt, bettelt, wird als Landstreicher aufgegriffen, verübt Zechprellereien und plumpe Diebstähle, gerät in Streit und Tätlichkeiten, macht schamlose unsittliche Angriffe. Auch in diesen Handlungen ist meist der Schwachsinn deutlich erkennbar. Einer meiner Kranken hieb junge Bäume in einem öffentlichen Garten um und versuchte, sie in seinem eigenen Gelände wieder einzupflanzen; ein anderer brachte ohne weiteres die Ernte seines Nachbarn ein, verpflanzte dessen Kartoffelstauden zwischen die seinigen, so dass auch diese zugrunde gingen. Noch ein anderer nahm vor den Augen des Verkäufers eine Schinkenwurst vom Nagel, lief damit fort und versteckte sie in seinem Keller; ein vierter endlich belud sich mit wertlosen leeren Flaschen.

Das äussere Benehmen der Kranken verrät meist sehr bald die Vernichtung der geistigen Persönlichkeit. Sie sind ganz willenlos, gutmütig, lenksam, dämmern gleichgültig vor sich hin, sind nicht mehr imstande, für ihre Bedürfnisse zu sorgen, vergessen die Nahrungsaufnahme und werden unvermutet unrein. In anderen Fällen begegnet man einem eigentümlich abstossenden, unzugänglichen Wesen. Die Kranken geben auf jede Anrede unwirsche, zurückweisende Antworten ohne klaren Beweggrund, ohne eigentlichen Affekt, und ohne sich durch freundliches Zureden beeinflussen zu lassen; sie sträuben sich gegen die bestgemeinten Massregeln und lassen auch in diesem sinnlosen Widerstande den bereits weit vorgeschrittenen Blödsinn erkennen.

Endlich aber finden sich einzelne Kranke, die trotz tiefsten Blödsinns überraschend gut ihre äussere Haltung bewahren. Wir sehen dann, wie der Kranke, der uns formgerecht begrüsst, sein Äusseres in Ordnung hält, keine Ahnung hat, wo er sich befindet, seine Angehörigen kaum oder gar nicht erkennt, über seine Vergangenheit keinerlei Auskunft zu geben vermag. Gerade in solchen Fällen wird das Leiden, da der Kranke ganz aufhört, zu klagen, viel schläft, einen vorzüglichen Appetit zeigt und an Körpergewicht stark zunimmt, von der Umgebung öfters erst dann gewürdigt, wenn der Blödsinn schon sehr weit gediehen ist. Die Angehörigen gewöhnen sich, wie es scheint, so sehr an den allmählich

fortschreitenden Untergang der psychischen Persönlichkeit, dass sie oft gar nicht von der Schwere der Störung zu überzeugen sind und die bescheidensten geistigen Regungen als Anzeichen nahezu völliger Gesundheit betrachten. „Er weiss doch noch alles“, meinen sie, wenn der Kranke seine Frau erkennt oder sich zufällig zu entsinnen vermag, dass er Kinder besitzt. Mir wurde ein derartiger Kranker zugeführt, der noch den verantwortungsvollen Posten eines Kassiers bekleidete, als er sich bereits häufig verunreinigte und ganz einfache Additionen nicht mehr auszuführen imstande war. Ein anderer, ein Arzt, kam unmittelbar aus seiner umfangreichen Praxis selber ins Krankenhaus, um sich ein Panaritium operieren zu lassen. Als er sich hier in der Nacht verirrte und auf die Frauenabteilung geriet, wurde entdeckt, dass er bereits hochgradig blödsinnig war und die Dosierung des Morphiums nicht mehr kannte.

Die demente Form ist wahrscheinlich die häufigste Verlaufsart der Paralyse überhaupt. Obgleich gerade diese Kranken wegen ihrer Harmlosigkeit verhältnismässig seltener in die Irrenanstalt gelangen, gehörten doch mehr als 40% der während der letzten Jahre in meiner Klinik beobachteten Fälle dieser Form an. Die körperlichen Begleiterscheinungen sind dieselben wie bei den übrigen Formen. Insbesondere habe ich bei genauerer Prüfung nicht finden können, dass tabische Störungen hier verhältnismässig häufiger seien. Dagegen sah ich paralytische Anfälle beträchtlich öfter auftreten, in mehr als 45% der Fälle. Dementsprechend wurden ausgiebige Nachlässe der Krankheitserscheinungen seltener beobachtet, als bei den anderen Formen, namentlich der expansiven Paralyse. Die Krankheitsdauer überstieg in fast der Hälfte der Fälle zwei Jahre nicht; in 18% erfolgte der Tod bereits innerhalb eines Jahres nach dem Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen, und nur vereinzelte Fälle wiesen eine Dauer bis zu 4 und 5 Jahren oder länger auf. Die demente Form scheint demnach im ganzen das schwerste paralytische Krankheitsbild darzustellen. —

Wie sich aus den vorstehenden Einzelschilderungen ergibt, setzt sich der Gesamtverlauf der Paralyse im allgemeinen aus einem bisweilen ganz unbemerkt bleibenden Einleitungsstadium und aus einer Zeit lebhafterer Krankheitserscheinungen zusam-

men, an welche sich dann der später zu besprechende Endzustand tiefen Blödsinns anschliesst. Es ist jedoch von grösster Wichtigkeit, zu bemerken, dass in diesen verschiedenen Abschnitten des Krankheitsverlaufes die Stärke der körperlichen Störungen durchaus nicht immer der Ausbildung der psychischen Krankheitszeichen entspricht. Es gibt einerseits Fälle, in denen selbst schwere Sprach- und Schriftstörungen lange Zeit bestehen können, bevor eine irgend auffallendere Beeinträchtigung des Gedächtnisses oder Verstandes nachweisbar ist. Andererseits aber — und das ist praktisch weit wichtiger — vermögen wir aus dem psychischen Krankheitsbilde unter Umständen den sehr bestimmten Verdacht einer beginnenden Paralyse bereits abzuleiten, während die körperliche Untersuchung durchaus noch keine verwertbaren Anzeichen liefert. Allerdings ist in dieser Hinsicht, wie mir vielfache Fehldiagnosen gezeigt haben, grosse Vorsicht am Platze.

Der Verlauf aller Formen der Paralyse kann durch zwei verschiedene Ereignisse fast stets in unberechenbarer Weise beeinflusst werden, durch paralytische Anfälle und durch Remissionen. Die ersteren können jederzeit einen unvorhergesehenen, bedeutenden Fortschritt aller Krankheitserscheinungen oder auch plötzlichen Tod zur Folge haben; sie sind bei weitem am häufigsten in der dementen, am seltensten in der expansiven Form. Auf der anderen Seite sieht man gelegentlich ausgiebige Nachlässe der psychischen und nervösen Störungen in nahezu allen Abschnitten der Paralyse, mit Ausnahme des allerletzten, den Ablauf der Krankheit verzögern. Hoppe sah länger dauernde, ausgeprägte Remissionen in 16,8% bei Männern und 14,9% bei Weibern. Am häufigsten scheinen derartige Besserungen bei der agitierten und namentlich bei der expansiven Form vorzukommen; selten und wenig weitgehend beobachtet man sie bei der depressiven und dementen Form. Der Eintritt der Beruhigung vollzieht sich bisweilen ganz rasch, von einem Tage zum andern, wenn auch die volle Höhe der Remission erst allmählich, vielleicht im Laufe von Monaten, erreicht wird. Der Kranke erscheint klar, besonnen, geordnet; die Wahnideen treten zurück und werden von ihm als Träume und Einbildungen bezeichnet; er kann sich oft selbst nicht genug wundern, wie ihm nur all das „dumme Zeug" in den Kopf hat kommen können. Gleichwohl gerät er vielleicht

in den ersten Tagen gelegentlich immer wieder in seine früheren Ideen hinein, um erst auf ernstes Zureden die Wahnhaftigkeit derselben von neuem einzusehen und zuzugestehen.

Die Erinnerung an die Zeit der Krankheit ist zunächst oft eine verworrene, doch tauchen nach und nach viele Einzelheiten wieder deutlicher auf. Allmählich kann sogar eine gewisse Krankheitseinsicht zustande kommen, wenn auch manche der verkehrten Handlungen noch in krankhafter Weise begründet oder als durch äussere Umstände und Einwirkungen veranlasst dargestellt werden. Mit dieser mangelhaften Klarheit über die Vergangenheit verbindet sich häufig eine siegesgewisse Einsichtslosigkeit hinsichtlich der Zukunft. Der Kranke fühlt sich nunmehr vollständig gesund und weiss ganz bestimmt, dass er es auch in Zukunft bleiben wird; die Mahnungen des Arztes schlägt er daher leichthin in den Wind. Die Stimmung ist bald eine selbstzufriedene, vergnügte, bald aber auch gedrückt und teilnahmlos, indem der Kranke sich müde, abgespannt, erholungsbedürftig fühlt und über allerlei körperliche Beschwerden klagt, namentlich über Druck und Schmerzen im Kopfe.

Nach und nach kann sich der Zustand des Kranken immer mehr bessern, so dass er, besonders in den engen, geschützten Verhältnissen der Anstalt, den Eindruck eines nahezu oder völlig gesunden Menschen macht. Den nächsten Angehörigen und Freunden pflegt freilich eine leichte Abschwächung des Verstandes und des Gedächtnisses, eine Abstumpfung seiner geistigen Regsamkeit und seiner gemütlichen Anteilnahme sowie ein gewisser Mangel an Tatkraft und Nachhaltigkeit kaum jemals verborgen zu bleiben. Dennoch sind manche derartige Kranke imstande, selbst den verantwortungsvollen Beruf eines Eisenbahnbeamten, Offiziers, Arztes während der Besserung mit Erfolg wieder aufzunehmen. Einer meiner Kranken, der später nach fast 11jähriger Krankheit paralytisch zugrunde ging, füllte nach einem einleitenden Depressionszustande nicht nur seine Stellung als Telegraphenbeamter zur vollen Zufriedenheit 5 Jahre lang aus, sondern rückte auch in höhere Stellen vor, bestand Prüfungen und heiratete; die ersten körperlichen Zeichen traten erst 2 Jahre nach der Wiedererkrankung hervor. Ein anderer Kranker, der Grössenideen, Sprachstörung, Pupillenstarre, Westphalsches Zei-

chen und Schwindelanfälle darbot, verlor seine Grössenideen, war 6 Jahre lang wieder in seinem früheren Amte als Schuldiener tätig, erkrankte von neuem mit den früheren Erscheinungen, besserte sich aber rasch. Unter allmählichem Rückgang der geistigen Fähigkeiten, häufigen epileptiformen Anfällen, Verschlechterung der Sprache und Schrift versah er noch über zwei Jahre mit kurzen Unterbrechungen seinen Dienst und starb dann ganz plötzlich nach ungefähr 9jähriger Gesamtdauer der Krankheit. In der Regel allerdings dauern die Nachlässe höchstens eine Reihe von Monaten; jene Fälle, in denen die Kranken länger als 2—3 Jahre annähernd gesund bleiben, sind immerhin als vereinzelte Ausnahmen zu betrachten.

Die letzten Abschnitte der Krankheit sind allen Formen derselben, mit Ausnahme der frühzeitig tötlich verlaufenden Fälle, gemeinsam. Der Kranke wird immer stumpfer und blöder; er kennt die Gegenstände und Personen seiner Umgebung nicht mehr, versteht weder Aufforderung noch Gebärde und ist schliesslich kaum viel mehr, als ein vegetierender Körper, in dem das psychische Leben gänzlich oder fast gänzlich erloschen ist. Bisweilen tritt zeitweise eine gewisse Erregung mit stunden- und tagelangem lallendem, einförmigem Schreien und Brüllen hervor. Zugleich machen auch die nervösen Störungen unaufhaltsame Fortschritte. Der Kranke wird nahezu vollkommen unempfindlich; die Schwäche nimmt immer mehr zu; es stellen sich Steifigkeit, Intentionszuckungen, Beugekontrakturen und ausgebreitete Muskelatrophien ein, so dass der Kranke die Möglichkeit der selbständigen Bewegung verliert, weder gehen, noch stehen, noch am Ende auch sitzen kann. Zugleich magert er immer mehr ab und ist dauernd hochgradig unrein, so dass er wie ein Kind nach jeder Richtung hin der sorgfältigsten Pflege bedarf. Bis zu diesen tiefsten Stufen des stumpfen Blödsinns und der allgemeinen Lähmung gibt es allerdings zahlreiche Übergangsformen, die sich durch die verschiedene Erhaltung der geistigen Regsamkeit, durch Überreste depressiver oder expansiver Stimmungen und Vorstellungen sowie endlich durch die verschiedenartige Ausbreitung der nervösen Störungen voneinander abgrenzen.

Der Ausgang der Paralyse ist regelmässig der Tod. Wir haben uns wenigstens angesichts der überwältigenden, tagtäg-

lichen Erfahrung daran gewöhnt, nur diejenigen Fälle als Paralysen aufzufassen, bei denen dieses Ende in absehbarer Zeit eintritt. In der Tat wird man immer gut tun, den Fällen von „geheilter“ Paralyse das äusserste Misstrauen entgegen zu bringen, da Nasse*) festgestellt hat, dass unter 6 von ihm als geheilt angesehenen Paralytikern nur ein einziger nicht wieder erkrankt ist, bei dem obendrein die Diagnose nicht über allem Zweifel erhaben war. Dennoch erscheint es angebracht, immer von neuem die Frage zu prüfen, ob denn der paralytische Krankheitsvorgang wirklich unter allen Umständen bis zum tötlichen Ende fortschreiten muss. Von zuverlässigen Beobachtern ist immerhin eine kleine Zahl von Fällen berichtet worden, in denen sich das voll entwickelte Krankheitsbild der Paralyse restlos und dauernd wieder zurückgebildet hat. Allerdings wird sich dabei immer der Zweifel erheben dürfen, ob es sich wirklich um Paralyse oder um eines der vielen anderen, sehr ähnlichen und im Leben bis heute kaum mit einiger Zuverlässigkeit abgrenzbaren ausgebreiteten Rindenerkrankungen gehandelt hat; auch Krankheitsbilder, die uns noch ganz unbekannt sind, könnten möglicherweise vorgelegen haben.

Von sehr grosser Wichtigkeit für die ganze Frage ist der von Tuczek berichtete, genau verfolgte Fall, bei dem im Alter von 36 Jahren zunächst seit 1876 ein paralytisches Krankheitsbild auftrat, das sich gegen Ende 1878 vollständig wieder verlor. Ende 1883 entwickelte sich bei dem Kranken eine Tabes ohne psychische Störung, die allmähliche Fortschritte machte. Mitte 1898 stellten sich Erregungs- und Verwirrtheitszustände ein, die unter geistigem Verfalle 22 Jahre nach Beginn des Leidens zum Tode führten. Nach der Ansicht von Nissl, der die anatomische Untersuchung machen konnte, entsprach der Rindenbefund unzweifelhaft demjenigen der Paralyse. Diese Beobachtung, die einen fast 20 Jahre dauernden Stillstand des paralytischen Krankheitsvorganges zeigt, lässt wohl auch die Heilung des Leidens in seinen ersten Entwicklungsstufen möglich erscheinen, zumal wir in dieser Zeit oft genug Remissionen beobachten, die, abgesehen von der Wahrscheinlichkeit späterer Wiedererkrankung, von Heilungen nicht zu unterscheiden sind. Allerdings werden wir

*) Nasse, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XLII, 136.

nicht annehmen dürfen, dass in solchen Fällen eine völlige Rückbildung aller krankhaften Veränderungen erfolgt. Das einmal zerstörte Nervengewebe ist unersetzlich. Alzheimer hat dem entsprechend auch bei Paralytikern, die in guten Remissionen starben, den kennzeichnenden anatomischen Befund der Paralyse erheben können. Da wir indessen über die Bedeutung der im einzelnen Falle zerstörten Gewebsteile für das Seelenleben wie über die Möglichkeit der Stellvertretung durch andere Gebiete gar nichts wissen, so kann ein Stillstand des paralytischen Krankheitsvorganges sich unter Umständen praktisch einer Heilung umso mehr nähern, als eine Rückbildung solcher krankhaften Veränderungen, die noch nicht zur endgültigen Zerstörung geführt haben, doch wahrscheinlich innerhalb gewisser Grenzen möglich ist.

Jedenfalls kann nicht bezweifelt werden, dass bei der Paralyse, wenn auch vielleicht nur in ganz vereinzelten Fällen, ein langjähriger, möglicherweise sogar ein dauernder Stillstand des Leidens eintreten kann. In Wirklichkeit sind Fälle, in denen man versucht wird, diese Annahme zu machen, gar nicht einmal besonders selten. In jeder grösseren Anstalt findet sich eine Anzahl von Kranken, bei denen im Beginne wegen der Verbindung mehr oder weniger kennzeichnender psychischer Störungen mit gewissen körperlichen Erscheinungen, reflektorischer Pupillenstarre, Veränderungen der Reflexe, Sprachstörungen, Anfällen, die Diagnose einer Paralyse gestellt wurde, ohne dass doch die Krankheit weiterhin den erwarteten Ausgang genommen hätte. In einigen Fällen mag es sich nur um sehr lange dauernde Remissionen handeln. So erinnere ich mich einer Kranken, bei der die anfangs gestellte Diagnose der Paralyse im Laufe der Jahre wegen der Rückbildung aller auffallenderen Krankheitszeichen völlig in Vergessenheit geraten war, als das Bild der Paralyse sich von neuem entwickelte und nunmehr in gewohnter Weise zum Tode führte. Bei anderen derartigen Kranken verschwinden die ursprünglichen Krankheitszeichen bis auf einen mehr oder weniger ausgeprägten Schwachsinn mit oder ohne Wahnbildungen und gewisse, unverändert bleibende Reste der körperlichen Störungen. Ein Teil dieser eigenartigen Endzustände gehört höchst wahrscheinlich andersartigen Rindenerkrankungen an, namentlich wohl luetischen Formen. Dennoch lässt sich bei dem heutigen Stande der Frage die Mög-

lichkeit keineswegs ausschliessen, dass wir es hier bisweilen auch mit Paralysen zu tun haben, die nicht fortgeschritten, sondern auf einer gewissen Entwicklungsstufe stehen geblieben sind. Die sachgemässe anatomische Untersuchung derartiger Fälle in grösserem Umfange wird allmählich in diesem Punkte Klarheit bringen.

Durch diese Einschränkungen wird jedoch die Tatsache nicht berührt, dass nach den übereinstimmenden Erfahrungen der verschiedensten Beobachter etwa die Hälfte aller Kranken mit ausgesprochenen paralytischen Zeichen innerhalb der ersten 2 Jahre ihres Leidens zugrunde geht.*) Im 1. Jahre starben nach Angabe von Buchholz etwa 10%, nach Hoppe von den Männern 20, von den Frauen 12%, nach 3 Jahren, wie Müller berichtet, 75%. Nach 5 Jahren fand Heilbronner noch 10—13%, nach 6 Jahren Behr nur noch 3,8% der Kranken am Leben. Die Durchschnittsdauer des Leidens wird von Smith auf 24, von Torkel auf 27, von Räcke auf 28, von Behr auf 32 Monate angegeben. Als längste Krankheitsdauer fand Hoppe 14, Behr 15½, Heilbronner 18 Jahre. Lustig hat zwei Fälle von mehr als 20jähriger Dauer beschrieben. Da jedoch beide Kranke noch am Leben waren, muss die Frage offen bleiben, ob es sich hier um einen dauernden Stillstand des Leidens oder doch vielleicht um einen anderen, verwandten Krankheitsvorgang gehandelt hat.

Herbeigeführt wird der tötliche Ausgang durch die verschiedensten Ursachen. Abgesehen von den in der ersten Zeit doch bisweilen glückenden Selbstmordversuchen, können im ganzen Verlaufe der Krankheit paralytische Anfälle plötzlich und unerwartet dem Leben ein Ende machen. Im letzten, traurigen Abschnitte des Leidens sind Schluckpneumonien (Speichel, Speisen), namentlich während der Anfälle, die bei weitem häufigste Todesursache. Nach Hoppes Angaben enden 32,8% der Männer und 18,5% der Frauen durch paralytische Anfälle. Ausserdem aber kommen noch Blutvergiftungen oder Fettembolien in Betracht, wie sie sich bei der Unruhe und Unempfindlichkeit der Kranken aus Verletzungen aller Art, infolge von Druckbrand oder Blasenkatarrh (Pyelitis) entwickeln können. Vereinzelte Kranke

*) Buchholz, Allgem. Zeitschr. f. Psych. LVI, 176; Müller, ebenda LIV, 1027.

gehen bei gelegentlichem Erbrechen durch Ersticken zugrunde, oder indem sie sich beim Essen den ganzen Mund mit Speisen, namentlich Brot, vollpfropfen und dann einen Teil derselben in den Kehlkopf hinunterwürgen. Endlich aber ist der gewissermassen natürliche Ausgang der Paralyse, wie man ihn bei solchen Kranken beobachtet, welche allen jenen Gefahren glücklich entgangen sind, ein schwerer Marasmus, der Tod infolge von Herzschwäche. Die Kranken magern dabei schliesslich zum Skelett ab; die gesamte Körpermuskulatur atrophiert bis zum äussersten; die Temperatur sinkt häufig dauernd sehr tief unter die Norm; der Puls wird langsam und immer schwächer, schliesslich nicht mehr fühlbar, bis endlich das Leben vollkommen erlischt. —

Die pathologische Anatomie der Paralyse zeigt uns in den nervösen Centralorganen eine Reihe von Veränderungen, welche in ihrer Gesamtheit bis zu einem gewissen Grade für diese Krankheit kennzeichnend erscheinen*). Als wesentlich sind nicht zu betrachten die bisweilen beobachteten Hyperostosen und Exostosen des Schädels, die auch bei Gesunden nicht ganz selten vorkommen, doch ist die in weit vorgeschrittenen Fällen recht häufige allgemeine Verdickung der knöchernen Hülle wohl mit Wahrscheinlichkeit als Ausgleichserscheinung gegenüber der Druckabnahme des schrumpfenden Gehirns aufzufassen. Vielfach sieht man dabei tiefes Einschneiden der Gefässfurchen in die mit Osteophyten reichlich besetzte Knochentafel. Die Diploe pflegt bei verdünnten wie bei verdickten Schädeln zu schwinden.

Wichtiger sind schon die Veränderungen der Hirnhäute. Die Dura ist oft teilweise, seltener in ganzer Ausdehnung mit dem Schädeldache verwachsen; bisweilen lässt sie sich ohne Zerstörung gar nicht von diesem letzteren trennen. Nicht selten findet man Pachymeningitis interna und Haematome der Dura, meist nur zarte, schleierartige Anflüge, hie und da selbst dicke, mehrfache Schichtung aufweisende Schwarten oder frische, massige Blutergüsse, meist auf der Scheitelhöhe. Auch unter der Pia bemerkt man öfters mehr oder weniger ausgedehnte Ober-

*) Nissl, Monatsschr. f. Psychiatrie, IV, 413; Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie LX, 215; Näcke, ebenda, LVII, 619; Cramer, Handbuch der pathol. Anatomie des Nervensystems von Flatau-Jacobsohn-Minor, 1470. 1903.

flächenblutungen. Die weichen Hirnhäute sind infolge von zelliger Infiltration mehr oder weniger stark milchig getrübt, verdickt, bisweilen sehr beträchtlich, namentlich längs der Gefässe. Diese Veränderungen sind am stärksten über den vorderen und mittleren Abschnitten der Hirnhalbkugeln, auch an den Innenflächen, schwächer an der Grundfläche, um gegen das Hinterhaupt zu vollständig aufzuhören. Gelegentlich finden sich in der Pia eingelagerte Knochenplättchen. Die Venen sind stark erweitert, besonders bei der galoppierenden Paralyse, zeigen auch häufig verdickte Wandungen; die Pacchionischen Granulationen sind nicht selten auffallend entwickelt.

Das Gehirn ist bei länger bestehender Erkrankung stets atrophisch. Die Windungen sind verschmälert, besonders in den vorderen Partien; es finden sich stellenweise förmliche Einsenkungen, über welche die Pia in Gestalt serumgefüllter Blasen hinwegzieht. Auch die Rinde ist verschmälert und, namentlich am Stirnhirn, öfters mit der Pia so fest verwachsen, dass sich diese an einzelnen Stellen nicht ohne Substanzverlust von ihr ablösen lässt. Die Ventrikel sind mehr oder weniger stark erweitert; das Ependym derselben, vorzüglich des vierten, zeigt oft reichliche, stark entwickelte, knötchenartige Granulationen. Nach Weigerts Befunden handelt es sich dabei um Verlust der Epitheldecke, Wucherung und hyaline Entartung der Neuroglia. Die Flüssigkeitsmenge erscheint infolge des Hirnschwundes in der Schädelkapsel wie in den Höhlen vermehrt (Hydrocephalus externus und internus). Das Gewicht des Gehirns fand Ilberg*) durchschnittlich um 152 gr verringert, eine Abnahme, die fast nur die beiden Halbkugeln des Grosshirns betraf; dabei bestanden häufig erhebliche Unterschiede zwischen beiden Seiten. Zu ganz ähnlichen Ergebnissen kam Brunet, der Unterschiede bis zu 50 und 60 gr, meist zu gunsten der rechten Hemisphäre, feststellte. Das mittlere Hirngewicht bei paralytischen Männern betrug 1236 g mit Schwankungen von 910 bis 1549 gr, bei Frauen 1089 gr, wechselnd zwischen 802 und 1305 gr. Hie und da kommen auch ungewöhnlich schwere Hirne vor,

---

*) Ilberg, Archiv f. Psychiatrie, XXXI, 936; Brunet, Annales médico-psychol. VIII, 11, 251, 1900.

doch muss es wohl zweifelhaft bleiben, ob es sich dabei um echte Paralysen und nicht um eine andere Form der Rindenerkrankung mit starker Gliawucherung handelt.

Die mikroskopische Untersuchung bietet vor allem in der Rinde*) ausgesprochene Veränderungen. An den Nervenzellen der Hirnrinde findet man die ganze Reihe von mehr oder weniger tiefgreifenden Veränderungen nebeneinander, wie sie früher von Nissl und Anderen eingehend beschrieben worden sind. Die weitere Erfahrung hat gelehrt, dass die hier auftretenden Bilder an sich für den vorliegenden Krankheitsvorgang nicht kennzeichnend, sondern, soweit es sich bisher übersehen lässt, der allgemeine Ausdruck für Schädigungen sind, die in das Leben der Zellen eingreifen. Wir finden daher die gleichen Bilder unter den verschiedensten krankmachenden Bedingungen wieder. Manche dieser Schädigungen, wie namentlich die akute Schwellung, sind, wie es scheint, einer Rückbildung zugänglich. Bei anderen, wie bei der sehr häufigen, chronisch verlaufenden Zellsklerose, können die Nervenzellen, wenn auch in erheblich veränderter Form, noch lange Zeit fortbestehen; nicht selten lassen sich dann an den krankhaft geschrumpften Zellen die Spuren neuerlicher akuter Nachschübe des Krankheitsvorganges erkennen. Dagegen haben wir in der von Nissl so genannten schweren Veränderung, die durch sofortigen Zerfall der färbbaren Substanz unter Verkleinerung und Abrundung des Membran und Struktur verlierenden, sich blauviolett färbenden Kerns gekennzeichnet wird, mit einem Vorgange zu tun, der wahrscheinlich den Untergang der Zelle unweigerlich zur Folge hat. Auch die akute Erkrankung wie die Zellsklerose kann übrigens ohne Zweifel zur Vernichtung der befallenen Gewebsteile führen.

Alle genannten Veränderungen, mit Ausnahme der akuten Erkrankung, ergreifen niemals die ganze Hirnrinde gleichzeitig. Vielmehr finden sich mannigfache örtliche Verschiedenheiten in

---

*) Binswanger, Die pathologische Histologie der Grosshirnrinden-Erkrankung bei der allgemeinen progressiven Paralyse. 1893; Nissl, Archiv f. Psychiatrie, XXVIII, 989; Heilbronner, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LIII, 172.

der Ausbreitung und Stärke des Vernichtungsvorganges. So pflegt die Hinterhauptsrinde und insbesondere die Gegend der Fissura calcarina, ferner das Gebiet der Centralwindungen, namentlich der vorderen, verhältnismässig wenig geschädigt zu sein. Auch an derselben Stelle der Rinde kann man regelmässig verschiedene Abstufungen der krankhaften Veränderungen, ja unmittelbar daneben zahlreiche Zellen sehen, die noch völlig gesund erscheinen. Nur bei sehr schwerem oder lange dauerndem Krankheitsverlaufe zeigen schliesslich alle Zellen der Rinde in verschiedener Ausprägung die Zeichen der paralytischen Erkrankung. Unter allen Umständen aber geht ein mehr oder weniger grosser Teil derselben vollständig zugrunde. Eine besonders starke Beteiligung einzelner Nervenzellenschichten an dem Krankheitsvorgange hat sich im allgemeinen nicht feststellen lassen; vielmehr scheint die ganze Tiefe der Rinde annähernd gleich stark in Mitleidenschaft gezogen zu werden. Nur das eine lässt sich sagen, dass im allgemeinen die Ausdehnung und Stärke der anatomischen Veränderung um so grösser ist, je weiter der klinische Verlauf vorgeschritten war.

Mit dem Untergange der Nervenzellen steht derjenige der Fasern in innigstem Zusammenhange. Es ist Tuczeks*) Verdienst, diese Veränderungen mit feineren Methoden (Exnersche, Weigertsche Methode) genauer studiert zu haben. Dabei hat sich herausgestellt, dass bei allen länger dauernden Fällen von Paralyse sowohl die aus der weissen Substanz in die Hirnrinde einstrahlenden „Radiärfasern“ wie auch die in der äussersten Rindenschicht der Hirnoberfläche parallel laufenden „zonalen Rindenfasern“ (Tangentialfasern) in höherem oder geringerem Grade zugrunde gehen, so dass in den spätesten Stadien kaum noch Nervenfasern in der Rinde nachzuweisen sind. Eine gesetzmässige Beziehung zwischen Stärke und Sitz der Veränderung lässt sich nach Zachers Untersuchungen nicht mit Bestimmtheit feststellen, ja es kann nicht zweifelhaft sein, dass auch der Faserschwund gar nicht ausschliesslich der Paralyse, sondern ebenso noch manchen anderen Psychosen, namentlich den senilen und

---

*) Tuczek, Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur Pathologie der Dementia paralytica. 1884.

epileptischen Blödsinnsformen, angehört. Allerdings dürfte die Häufigkeit, die Ausdehnung und die Stärke jener Veränderungen bei der Paralyse eine weit grössere sein, als bei irgend einer anderen Rindenerkrankung.

Durch den Ausfall massenhaften Nervengewebes kommt in vorgeschrittenen Fällen eine Schrumpfung der Rinde zustande, die sich schon an der Verschmälerung derselben erkennen lässt und bisweilen so hochgradig wird, dass die Breite der Rinde auf die Hälfte zurückgeht. Einzelne Stellen, namentlich um die Gefässe herum, können dabei ganz an narbige Schrumpfungen erinnern. Aber auch schon geringere Grade dieses Vorganges deuten sich dadurch an, dass die regelmässige Anordnung der noch vorhandenen Ganglienzellen vielfach gestört wird; sie stehen nicht mehr reihenförmig, sondern verschoben und verzerrt. An manchen Stellen erscheinen sie zusammengedrückt, gedrängt; an anderen sind grosse Lücken entstanden, die nur durch Stützgewebe und Gefässe ausgefüllt werden.

Dieses Verhalten darf bis zu einem gewissen Grade als kennzeichnend für den Krankheitsvorgang der Paralyse bezeichnet werden. Die Veränderungen an den einzelnen Zellen sind, da sie sich in gleicher Weise auch bei anderen Erkrankungen wiederfinden, ja zum Teil beim Tiere künstlich erzeugt werden können, vorläufig wenigstens nur als Zustandsbilder zu betrachten, die keine Krankheitsdiagnose gestatten. Dagegen dürfen wir daran festhalten, dass die paralytische Erkrankung das gesamte Nervengewebe der Rinde in weit grösserem Umfange vernichtet, als irgend eine andere. Auch bei der Idiotie, bei der Dementia praecox, beim Altersblödsinn gehen zahlreiche Zellen und Fasern zugrunde. Allein dort bleibt überall der allgemeine Aufbau der Rinde erhalten; man sieht die durch Glia ausgefüllten Lücken in den Zellenreihen, ohne dass doch ihre Ordnung sonst gestört wäre. Hier dagegen pflegt sich auch dann schon eine Verzerrung und Schrumpfung im Rindenbau zu zeigen, wenn die Vernichtung der erkennbaren Bestandteile noch verhältnismässig geringfügig ist. Sie kann bei sehr stürmischem Verlaufe zunächst wenig auffallend sein, tritt aber nach längerer Dauer der Krankheit immer deutlicher hervor. Nur bei schwerer Arteriosklerose können ähnliche Bilder zustande kommen.

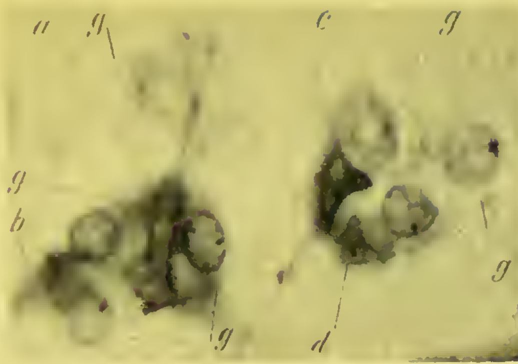


Fig. 1.

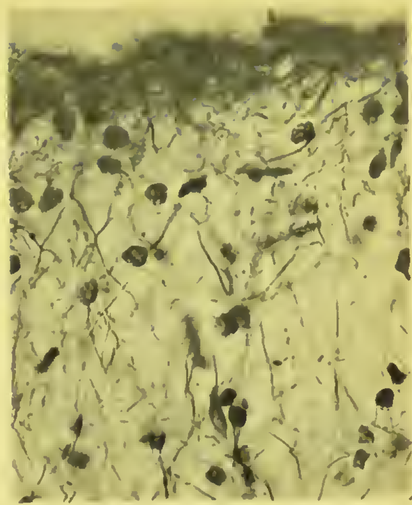


Fig. 4.

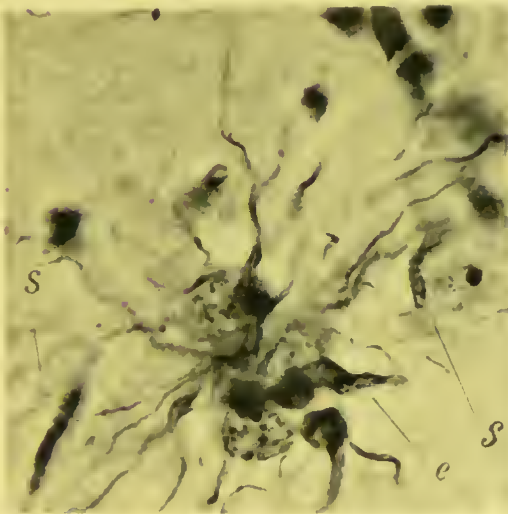


Fig. 2.

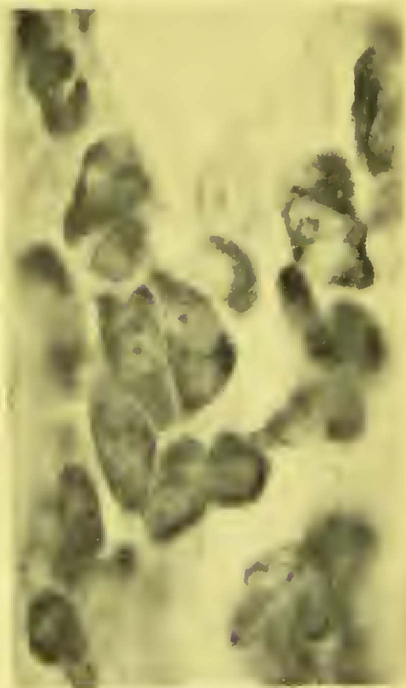


Fig. 5.

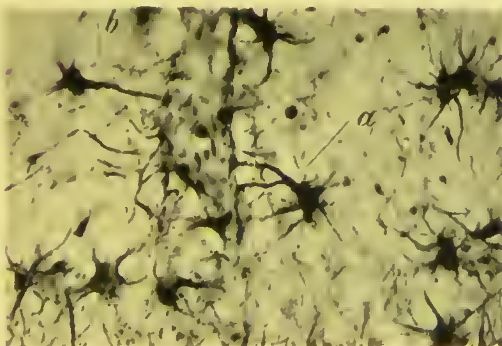
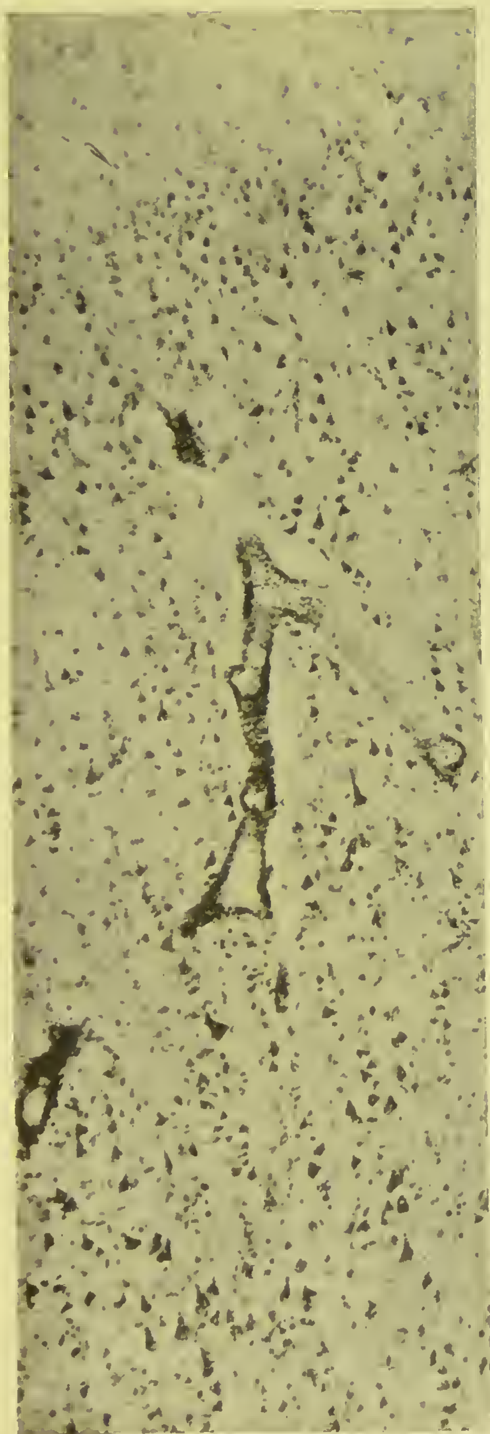


Fig. 3.

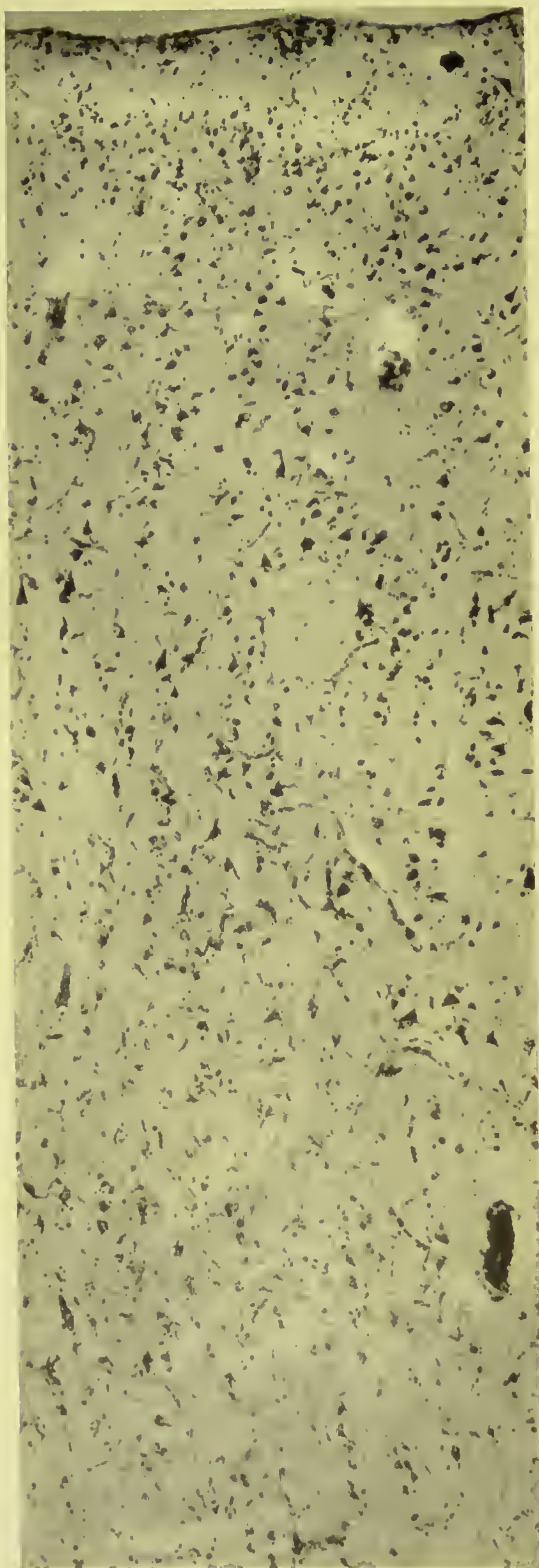


Fig. 6.

1. Gliazellen bei Katatonie. 2. Spinnenzelle bei Paralyse. 3. Gefässe mit Spinnenzellen bei Paralyse. 4. Gliahülle bei Paralyse. 5. Gefäss mit Plasmazellen bei Paralyse. 6. Stäbchenzelle bei Paralyse.



1.



2.

Paralytische Rindenbilder.

Einen Begriff von dieser Veränderung können vielleicht die beiden Übersichtsbilder über paralytische Rinden auf Tafel V gewähren, namentlich, wenn sie mit dem entsprechenden Bilde einer gesunden Rinde auf Tafel XII verglichen werden. Alle diese wie die übrigen Übersichtsbilder sind aus der Stirnrinde entnommen und nach Nissls Methylenblauverfahren gefärbt. Sie wurden mit Planar 1 : 4, 5; F=20 mm ohne Okular bei einem Abstande von 2,30 m aufgenommen und bei der Wiedergabe um $1/3$ verkleinert. Während an dem Normalbilde deutlich die Anordnung der Nervenzellen in annähernd parallelen Reihen erkennbar ist, welche durch die hier nicht gefärbten Faserzüge getrennt werden, erscheint diese Regelmässigkeit in Figur 1 der Tafel V stark verwischt und in Figur 2 vollkommen aufgelöst. Die Zellen selbst zeigen auf dem ersteren Bilde vielfach, so an den mit a bezeichneten Stellen, die scharfen, zackigen Umrisse, die der Zellsklerose eigentümlich sind; von ihrem feineren Bau ist wegen der dunklen Färbung weit weniger zu erkennen, als auf dem gesunden Vergleichsbilde, zum Teil allerdings wegen der nicht sehr vollkommenen Wiedergabe. An manchen Stellen, namentlich in der Nähe des grossen Gefässes, erblickt man Lücken, die wohl auf den Untergang von Nervenzellen hindeuten; sie treten um so auffallender hervor, als die Zellen im allgemeinen eher dichter gedrängt erscheinen, als in der gesunden Rinde, offenbar deswegen, weil zwischen ihnen Rindenbestandteile zugrunde gegangen sind. Die zweite paralytische Rinde bietet eine Menge von tiefgreifenden Veränderungen an den Nervenzellen dar. Die besser erhaltenen Formen zeigen auch hier das Bild der Sklerose (a). Die überwiegende Mehrzahl aber befindet sich im Zustande mehr oder weniger weit vorgeschrittener Auflösung. Namentlich in den tieferen Schichten überwiegt jener Krankheitsvorgang, den Nissl als schwere Veränderung geschildert hat. Die stark geschrumpften, tief dunkel gefärbten Kerne heben sich an den mit b bezeichneten wie an vielen anderen Stellen sehr deutlich von dem ganz abgeblassten Zelleibe ab.

Man könnte vielleicht daran denken, die besondere Gestaltung des Rindenbildes auf Rechnung der Neurogliaveränderungen zu setzen, die in der Paralyse ungemein verbreitet zu sein pflegen. Namentlich durch Weigerts klassische Unter-

suchungen*) wissen wir, dass jeder Untergang von nervösem Gewebe regelmässig von einer Wucherung der umgebenden Neuroglia begleitet wird. In der Tat sehen wir denn auch in der Paralyse, entsprechend der Vernichtung massenhafter Zellen und Fasern, ein ausserordentlich üppiges Wachstum der Stützsubstanz, als dessen Zeichen Kernteilungsfiguren aufzutreten pflegen. Die Kerne erscheinen bedeutend vermehrt, das Fasernetz stark verdichtet. Auf den Übersichtsbildern treten diese Verhältnisse nicht hervor, da die Färbung sie nicht darstellt. Dagegen kann die Figur 4 der Tafel IV eine Vorstellung von dem dichten Gliafasernetz geben, welches sich namentlich in den obersten Rindenschichten bei der Paralyse entwickelt. Der nach Weigert gefärbte Schnitt wurde mit Zeiss' Apochromat 2 mm, Apertur 1,30, Okular 2 bei einem Abstande von 50 cm aufgenommen und ist 500fach vergrössert. Ganz besonders auffallend und schon seit langer Zeit bekannt sind jene Gebilde, welche man mit dem Namen der Astrocythen oder Spinnenzellen zu belegen pflegt. Sie erreichen hier vielfach eine geradezu abenteuerliche Entwicklung. Wie Weigert nachgewiesen hat, handelt es sich dabei um Gliazellen, welche gewissermassen die Stützpunkte für zahlreiche, von ihnen gebildete und an sie sich anlegende Fasern abgeben. Ein Beispiel dafür gibt die Figur 2 der Tafel IV. Wir erkennen hier ein Knäuel von hellen und dunklen Gliakernen mit zahlreichen, sternförmig sich fortschlängelnden Fasern. Die Aufnahme des nach Weigert gefärbten Präparates geschah in der gleichen Weise wie bei Figur 1; die Vergrösserung beträgt 1000. Am schönsten finden sich die Spinnenzellen meist in der Nähe der Gefässe und in den tieferen Schichten der Rinde entwickelt. Häufig stehen sie durch Faserzüge mit der Gliahülle der Gefässe in Verbindung. Man erkennt das sehr gut in der Figur 3 der Tafel IV, die unter den gleichen Bedingungen aufgenommen wurde wie Figur 4. In Figur 2 bezeichnet e die Endothelzelle einer Kapillare, an die sich die Spinnenzelle anlegt.

Die Ausbildung der Gliawucherung steht nur im allgemeinen, nicht aber im einzelnen zu dem Untergange der Nervenzellen

---

*) C. Weigert, Beiträge zur Kenntnis der normalen menschlichen Neuroglia. 1895.

in Beziehung. Auf der einen Seite beobachten wir ausgebreiteten Zellenschwund ohne nennenswerte Vermehrung der Glia; andererseits finden wir öfters mitten im stark gewucherten Gliagewebe annähernd oder völlig gesunde Zellen. Daraus geht hervor, dass die Vernichtung der Zellen jedenfalls unabhängig von der Vermehrung der Glia erfolgt und nicht etwa durch diese letztere bedingt ist. Das Nervengewebe wird unmittelbar durch den Krankheitsvorgang geschädigt und zerstört; die Gliawucherung ist eine gewöhnliche, wenn auch bisweilen vermisste oder erst später hinzutretende Begleiterscheinung.

Jedenfalls kann sie schwerlich allein die eigenartige Gestaltung des paralytischen Rindenbildes erklären. Wir wissen, dass massenhafte Gliawucherungen auch bei andersartigen Erkrankungen, bei Idioten, Epileptikern, Altersblödsinnigen vorkommen, ohne zu einer derartigen Verzerrung des Rindenaufbaues zu führen. Man wird daher zu der Vermutung gedrängt, dass die Paralyse noch Gewebsteile zerstört, die bei anderen Erkrankungen zumeist weniger in Mitleidenschaft gezogen werden. Die oft schon dem blossen Auge so auffällige Schrumpfung der Rinde vermag uns hier vielleicht den Weg zu zeigen. Da bei den chronischen Formen die Zellen vielfach dicht aneinander rücken, so dass sie im Gesichtsfelde bisweilen zahlreicher erscheinen, als bei der gesunden Rinde, wird man kaum bezweifeln können, dass zwischen ihnen Rindenbestandteile ausgefallen sein müssen. Der Schwund markhaltiger Fasern, der auch bei anderen Erkrankungen ziemlich bedeutend sein kann, genügt schwerlich zur Erklärung; vielmehr dürfte wohl an weitreichende Zerstörungen des grauen Netzes zu denken sein, von dessen Ausdehnung und Wichtigkeit wir vielleicht noch immer zu unvollkommene Vorstellungen haben. Ist diese Anschauung richtig, do würde möglicherweise gerade die starke Beteiligung der fibrillären, grauen Substanz zwischen den Zellen eine besondere Eigentümlichkeit des paralytischen Krankheitsvorganges darstellen.

Endlich haben wir unter den krankhaften Befunden in der Hirnrinde noch der Gefässveränderungen zu gedenken. Einerseits handelt es sich um eine mehr oder weniger beträchtliche Vermehrung der Blutgefässe, vielfach auch um eine Erweiterung derselben, dann aber um eine Verdickung ihrer Wandungen; das

dadurch bedingte Klaffen der Lumina kann man bisweilen beim Durchschneiden schon mit blossem Auge feststellen. Hie und da kommt es zu Verengungen, seltener zu kleinen Aneurysmen und kapillaren Blutungen. In einzelnen Fällen finden sich hyaline oder kolloide Ausscheidungen in den Gefässwänden*).

Auf den Übersichtsbildern der Tafel V tritt die Verdickung der Gefässe, von denen auf dem gesunden Vergleichsbilde nur sehr wenig zu sehen ist, ohne weiteres hervor, namentlich in Figur 1. Man sieht ausserdem überall zwischen den Nervenzellen auffallend deutlich eine Menge kleiner Gefässe hinziehen, besonders in Figur 2. Einige derselben sind mit g bezeichnet worden. Zum Teil handelt es sich hier um eine wirkliche Vermehrung der Gefässe, zum Teil aber auch um ein stärkeres Hervortreten im Rindenbilde. Von ganz besonderer Bedeutung scheint nämlich die eigenartige Infiltration der Lymphscheiden zu sein, die wir in dieser Form und Ausdehnung nur bei der Paralyse antreffen. Einerseits handelt es sich dabei um gewöhnliche Lymphocythen, vor allem aber um die von Marschalko genauer beschriebenen Plasmazellen, die bei der Paralyse in ganz ausserordentlichen Mengen die Lymphscheiden der Gefässe füllen und förmliche Mäntel um diese letzteren bilden, während sie sonst im Gehirn nur bei eitrigen Entzündungen einigermassen zahlreich auftreten, z. B. in der Umgebung von Abscessen oder Krebsknoten. Auf den beiden Übersichtsbildern ist diese Umlagerung der Gefässe mit massenhaften, dunkel gefärbten Plasmazellen ohne weiteres erkennbar und erstreckt sich bis auf die kleinsten Kapillaren. Vogt**) fand die Plasmazellen in reichlicher Anzahl bei 14 von ihm untersuchten Paralytikern, während sie bei 23 Geistesgesunden und ebenso bei 40 nicht paralytischen Geisteskranken vollkommen fehlten. In einem weiteren derartigen Falle wurden einige wenige Plasmazellen aufgefunden, und nur in einem letzten Falle von Idiotie und Epilepsie, dessen Krankheitsbild die Möglichkeit einer juvenilen Paralyse wenigstens nicht ausschloss, zeigte sich ein ähnliches Bild wie bei der Paralyse.

---

*) Alzheimer, Archiv f. Psychiatrie XXX, 18.

**) Vogt, Monatsschrift f. Psychiatrie IX, 211; Mahaim, Bull. de l'académie royale de médecine de Belgique, 27. Juli 1901; 27. Dez. 1902.

Die seither erhobenen Befunde haben die Auffassung bestätigt, dass die Plasmazellen im anatomischen Bilde der Paralyse derart auftreten, wie es sonst weder bei Gesunden noch bei den Geistesstörungen der Erwachsenen jemals beobachtet wird. Dafür spricht auch die von Vogt erwähnte Tatsache, dass die Verteilung der Plasmazellen in der Rinde im allgemeinen recht gut der Ausbreitung des paralytischen Krankheitsvorganges zu entsprechen pflegte; sie waren bei weitem am zahlreichsten in der Stirnrinde, während sie gegen das Hinterhaupt zu seltener wurden und sogar ganz fehlen konnten. Sie finden sich namentlich in den akuten Abschnitten der Krankheit und können späterhin, wie es scheint, mehr und mehr wieder verschwinden. Die beigefügte Figur 5 der Tafel IV zeigt sehr deutlich die eigenartigen, als Abkömmlinge der Lymphocythen betrachteten, in der Adventitialscheide einer nach oben sich erweiternden Kapillare liegenden Zellen mit ihrem ungleich gefärbten, an einzelnen Stellen der Peripherie zusammengehäuften Protoplasma und den merkwürdigen hellen Höfen. Wir unterscheiden hier mächtige, mehr längliche, und kleinere, rundliche, dunkler gefärbte, dicht aneinander gedrängte Formen. Die Aufnahme geschah bei 1000 facher Vergrösserung in gleicher Weise wie bei Figur 2.

Eine weitere eigentümliche Zellform, deren Auftreten mit dem Krankheitsvorgange der Paralyse in näheren Beziehungen zu stehen scheint, sind die von Nissl neuerdings beschriebenen Stäbchenzellen, lang gestreckte, ungemein schmale, bisweilen gekrümmte Gebilde, die fast nur aus einem hellen Kern mit einigen Kernkörperchen bestehen, den der Zellleib an beiden Enden bald mehr, bald weniger überragt. Sie liegen meist in der Nähe der Gefässe, dem Zuge der Nervenzellen parallel angeordnet, und finden sich in grösserer Zahl nur bei der Paralyse, bisweilen sogar in ungeheuren Mengen. Die Abbildung 6 auf Tafel IV zeigt eine solche, wie Figur 1 aufgenommene Stäbchenzelle mit einer kleinen Einschnürung und sehr langem, fadenartigem Zellkörper, an dem Andeutungen einer Verzweigung zu erkennen sind. In Figur 2 finden sich bei S ähnliche Zellen, von denen die eine stärker gekrümmt erscheint.

Legen wir uns nunmehr die Frage vor, wie weit die geschilderten Rindenveränderungen für den Krankheitsvorgang der Para-

lyse kennzeichnend sind, so muss zugegeben werden, dass jede einzelne Veränderung auch bei anderen Krankheitsformen zur Beobachtung kommen kann. Dennoch gestattet die Gesamtheit derselben, namentlich, wenn sie an verschiedenen Stellen der Hirnrinde wiedergefunden wird, ebenso sicher den Schluss auf den bestimmten, eigenartigen Krankheitsvorgang wie die Vereinigung der klinischen Erscheinungen, von denen auch jede für sich allein die Diagnose nicht zu begründen vermag. Von allen angeführten Veränderungen scheint die Anhäufung der Plasmazellen in den Gefässscheiden zur Zeit insofern für die Erkennung der Paralyse am brauchbarsten zu sein, als sich die übrigen Erkrankungen, bei denen sie in ähnlicher Weise vorkommen kann, namentlich die tuberkulöse und syphilitische Meningoencephalitis, durch ihre sonstigen Eigentümlichkeiten wesentlich von der Paralyse unterscheiden. Es erscheint daher zur Zeit berechtigt, diejenigen paralytischen Krankheitsbilder, bei denen Plasmazellen gefunden werden, als eine klinische Einheit zusammenzufassen.

Ausser den feineren Veränderungen sehen wir in der Rinde gelegentlich noch kleinere erweichte Stellen, welche sich durch die leichte Ablösbarkeit der oberflächlichen Rindenschichten oder auch der ganzen Rindendecke von der weissen Substanz bemerkbar machen. Gröbere Zerstörungen in der Rinde, wie man sie insbesondere zur Erklärung der paralytischen Anfälle vermuten sollte, sind indessen recht selten. Dagegen haben Lissauer, Starlinger u. A.*) den Nachweis geliefert, dass den im Leben beobachteten Herderscheinungen, den umschriebenen Lähmungen und Hemianopsien, der Worttaubheit, Seelenblindheit und Aphasie, nicht nur in der Rinde bestimmt umgrenzte Gebiete stärkerer Erkrankung entsprechen, sondern dass sich von solchen Herden aus auch sekundärer Faserschwund bis weit in das Marklager, die Stammganglien, die Hirnschenkel und selbst in das Rückenmark hinein verfolgen liess. In einzelnen Fällen werden kleinere oder grössere Gummata angetroffen.

Ähnliche Veränderungen, wie in der Grosshirnrinde, finden sich ganz verbreitet auch in den übrigen Teilen des Gehirns, wie

*) Starlinger, Monatsschr. f. Psychiatrie VII, 1; Storch, ebenda, IX, 401.

das schon im Hinblicke auf die sehr bedeutende Gewichtsabnahme als erwiesen angesehen werden darf. Die Markmassen der Hemisphären zeigen regelmässig einen zerstreuten Faserschwund, der nur zuweilen einzelne dichtere Bündel verschont. Seltener sind fleckweise Entartungsherde oder, im Anschlusse an umschriebenere Rindenzerstörungen, strangförmige Degeneration bestimmter Leitungsbahnen. In den grossen Stammganglien, im centralen Höhlengrau und ebenso im Kleinhirn ist ausgedehnter Faserschwund nachgewiesen worden. Lissauer sah nach stärkerem Befallensein gewisser Bezirke der Scheitel- und Hinterhauptsrinde bestimmt umgrenzten Faserschwund in den entsprechenden Abschnitten der Sehhügel. Weigert hat in der Körnerschicht des Kleinhirns hochgradige Gliawucherungen aufgefunden, aus denen er auf den Untergang der Fortsätze der Purkinje'schen Zellen schliesst; auch Räcke*), der 15 Fälle untersuchte, sah starke Vermehrung der Glia, besonders in der Molekularschicht, Veränderung und stellenweise Schwund der Purkinjeschen Zellen. Einzelne Kleinhirnwindungen erschienen geschrumpft und verzogen. Derselbe Forscher konnte krankhafte Veränderungen im Pulvinar, im inneren Kniehöcker, im mittleren Grau des vorderen Hügels, in der Formatio reticularis, in den Oliven, den Brückenkernen und in den Kernen der Rautengrube nachweisen. Noch von einer Reihe weiterer Beobachter sind ähnliche Befunde in den verschiedensten Gegenden des Hirnstammes, ganz besonders auch im verlängerten Mark, im Hypoglossuskern, erhoben worden.

Im Rückenmarke**) beobachtet man ausser leptomeningitischen und seltenen pachymeningitischen Erkrankungen bei weitem am häufigsten Degeneration in den Hinter- und Seitensträngen, seltener Veränderungen in den ersteren oder letzteren allein. Fürstner fand jene gemischte Erkrankung unter 118 Fällen 73mal, Beteiligung der Seitenstränge allein 17mal, der Hinterstränge allein 28mal; er ist geneigt, anzunehmen, dass eine Beteiligung des Rückenmarks bei der Paralyse ausnahmslos stattfindet. Am stärksten waren die Veränderungen meist im Len-

*) Raecke, Archiv f. Psychiatrie, XXXIV, 523.

**) Westphal, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XX, XXI; Virchows Archiv, XXXIX; Archiv f. Psychiatrie, I, XII; Fürstner, ebenda, XXIV, 1; XXXIII, 939.

den- und Dorsalmark, um nach oben hin allmählich abzunehmen; öfters waren beide Seiten in verschiedenem Grade befallen. Einige Male wurde diffuse, hie und da auch herdartige Vermehrung der Stützsubstanz festgestellt. In Figur 1 der Tafel VII ist ein paralytischer Rückenmarksquerschnitt nach einem Originalpräparate von Anglade wiedergegeben. Er wurde mit Zeiss, Anastigmat II, 1:6,3 bei 3,30 m Abstand aufgenommen und bei der Wiedergabe auf $^1/_4$ verkleinert. Da hier nur Gliafasern gefärbt sind, treten die erkrankten Teile sehr klar hervor. Am stärksten sind die Hinterstränge betroffen, aber auch beide Pyramidenseitenstränge sind erkrankt, der rechte weniger, als der linke. Dementsprechend sehen wir auch im linken Vorderhorn recht starke Gliawucherungen. Endlich findet sich aber auch noch eine Vermehrung der Glia in den dorsalen Teilen der Vorderstränge wie in den Randpartien des Rückenmarkes, ebenfalls links stärker ausgesprochen. Diese mannigfaltige und eigenartige Verteilung der Veränderungen spricht durchaus für eine selbständige Erkrankung des Rückenmarkes. Dagegen scheinen ausserdem auch Degenerationsvorgänge vorzukommen, die als die Folge von Herden in der Rinde anzusehen sind. Dahin würden namentlich wohl die recht seltenen Fälle gehören, in denen sich neben den Pyramidenseitensträngen auch die Vorderstrangbahn entartet zeigt. In einzelnen Fällen werden syringomyelitische Veränderungen beobachtet. Hoche*) wies ferner diffuse Entartungsvorgänge in den vorderen und hinteren Wurzeln, besonders der Lendengegend, nach, anscheinend unabhängig von den Erkrankungen des Rückenmarks.

Auch an den peripheren Nerven, am Saphenus major, am Peronaeus, Thoracicus longus sind Entartungsvorgänge beschrieben worden, welche mit den Befunden bei Tabes wie mit den gelegentlich im Leben beobachteten Lähmungen gut vereinbar sein würden. Angesichts der Seltenheit solcher Befunde betont indessen Fürstner, dass wir noch nicht berechtigt seien, hier diese Veränderungen gerade auf Rechnung der Paralyse zu setzen. Er macht vielmehr darauf aufmerksam, dass noch eine Reihe von anderen Ursachen mitspielen, Alkoholismus, Tuberkulose, Maras-

*) Hoche, Beiträge zur Kenntnis des anatomischen Verhaltens der menschlichen Rückenmarkswurzeln. 1891.

mus, Kontusionen, welche erfahrungsgemäss imstande seien, neuritische Erkrankungen zu erzeugen.

An den übrigen Organen sind natürlich in erster Linie diejenigen Veränderungen zu verzeichnen, welche durch die gewöhnlichen Todesursachen der Paralytiker bedingt werden, namentlich durch Pneumonien, Tuberkulose, septische Erkrankungen, Pyelonephritis u. dergl. Ausserdem aber haben wir noch eine Reihe von Befunden zu erwähnen, die einerseits nicht als Folgeerkrankungen aufgefasst werden können, andererseits doch so häufig sind, dass auch ein zufälliges Zusammentreffen unwahrscheinlich wird. Dahin gehören vor allem die ausgebreiteten Gefässveränderungen, namentlich die Erkrankungen der Aorta, welche hier selbst bei recht jugendlichen Personen öfters in sehr starker Ausbildung angetroffen werden. Straub sah dieselben bei 82% seiner Paralytiker und ausserdem noch in gleicher Form bei 7 luetischen Kranken. Er hat die Ansicht vertreten, dass es sich dabei um syphilitische Gefässerkrankungen handle, die von den atheromatösen Veränderungen bei Arteriosklerose abzugrenzen seien, namentlich wegen des Fehlens aller regressiven Erscheinungen in den erkrankten Gefässwandungen. Angiolella fand auch in der Leber und den Nieren bei einer Reihe von Kranken periarteriitische Veränderungen; mehrere andere Beobachter haben ebenfalls auf die Häufigkeit von Nierenerkrankungen bei Paralytikern hingewiesen. Weiterhin sind die Herzerkrankungen zu nennen. Unter 56 Paralytikersektionen der letzten Jahre fand sich bei uns Entartung des Herzmuskels 11mal, braune Atrophie 4mal, Fettherz 3mal, Endokarditis 4mal, Perikarditis 1mal. Granularatrophie der Niere wurde 6mal angetroffen. Einige Male waren auch parenchymatöse Erkrankungen der Leber zu verzeichnen. —

Die ausgebreiteten und augenfälligen anatomischen Veränderungen bei der Paralyse, andererseits das Unbefriedigende unserer landläufigen klinischen Gruppierung der Krankheitsfälle haben mehrfach den Gedanken nahegelegt, die Abgrenzung einzelner Krankheitsbilder auf Grund des Leichenbefundes zu versuchen*). In erster Linie drängte sich dabei als besondere Form die Tabes-

*) Alzheimer, Centralbl. f. Psychiatrie, 1902, 52; Fürstner, Monatsschr. f. Psychiatrie, XII, 409; Gaupp, Archiv f. Psychiatrie XXXVII, 2.

paralyse auf, bei der klinisch wie anatomisch eine Verbindung des tabischen mit dem paralytischen Krankheitsvorgange angenommen werden durfte. Es gibt in der Tat, wie bereits angedeutet, eine kleine Gruppe von Fällen, in denen die Zeichen der Tabes sich ganz gesondert lange Zeit vor, weit seltener, wie bei dem Kranken von Tuczek, nach der Entwicklung des paralytischen Krankheitsbildes einstellen. In diesen Fällen entspricht der Rückenmarksbefund anscheinend regelmässig demjenigen der gewöhnlichen Tabes; wir müssen also hier zu der Deutung kommen, dass es sich einfach um ein Zusammentreffen zweier, sonst voneinander unabhängiger und verschiedener Krankheiten handelt.

Diese Erfahrung hat nun aber weiterhin, im Verein mit gewissen ätiologischen Erwägungen, zu der Frage geführt, ob nicht auch die sonst bei der Paralyse beobachteten Hinterstrangerkrankungen einfach als tabische aufzufassen seien, und ob nicht die Dementia paralytica, wie die Entwicklung der Tabesparalyse anzudeuten schien, eine Schädigung des Hirns durch denselben Krankheitsvorgang bedeute, der in der Tabes das Rückenmark befalle. Der Streit um diese Anschauung, die in der Paralyse gewissermassen die Tabes der Hirnrinde sieht, ist mit grosser Lebhaftigkeit geführt worden.*) Die bejahenden Stimmen waren dabei bezeichnenderweise mehr auf Seite der Neurologen, die ablehnenden mehr auf derjenigen der Irrenärzte zu finden. Auch ich möchte meinen, dass eine Vermengung beider Krankheiten auf unserem heutigen Standpunkte nicht berechtigt ist. In klinischer Hinsicht ist zu bemerken, dass wir Geistesstörungen bei Tabes kennen, die sich durchaus von den paralytischen Krankheitsbildern unterscheiden, ferner, dass auch die nervösen Störungen bei der gewöhnlichen Hinterstrangerkrankung sich keineswegs mit denjenigen der Tabes decken. Sie unterscheiden sich von dem bei Tabesparalyse erhobenen Befunde durch das Fehlen der lancinierenden Schmerzen, der Krisen, der stampfenden Ataxie, der eigenartigen Hautsinnsstörungen. Auch die Blasen- und Mastdarmstörungen sind weniger ausgeprägt, und die Augenmuskellähmungen wie die Opticusatrophie, die bei der reinen Tabes in 20% der Fälle beobachtet wird, sind bei nicht-tabischen Paralysen eine grosse Sel-

---

*) Schaffer, Über Tabes und Paralyse. 1901.

tenheit. So fand Torkel die letztere überhaupt bei 2,74% der Paralytiker, wesentlich nur bei tabischen Formen; Krisen wurden bei Tabesparalyse in 73%, bei der gewöhnlichen Hinterstrangparalyse dagegen nur in 17% der Fälle beobachtet. Diese Unterschiede sind bei der grossen Ähnlichkeit der anatomischen Rückenmarksveränderungen nach Art, Sitz und Ausdehnung sehr beachtenswert. Allerdings ist von einer völligen Übereinstimmung des Leichenbefundes im Rückenmarke, wie namentlich von Fürstner nachdrücklich hervorgehoben wurde, auch zwischen der reinen Hinterstrangparalyse und der Tabes nicht die Rede. Abgesehen von anderen feineren Unterschieden, sei hier nur auf die geringere Beteiligung des Halsmarkes und auf die Zunahme der Veränderungen gegen die Rücken- und Lendengegend hin aufmerksam gemacht. Auch im Gehirn scheinen die bei Tabes bisweilen erhobenen Veränderungen durchaus nicht denjenigen der Paralyse zu entsprechen. So fand Epstein den Faserschwund weit geringer, als in der Paralyse, und überdies in den hinteren Abschnitten des Hirns stärker ausgeprägt. Wir werden aus allen diesen Gründen zu dem Schlusse kommen müssen, dass der tabische und der paralytische Krankheitsvorgang manche Ähnlichkeiten darbieten, sich auch gelegentlich miteinander verbinden können, wie wir etwa auch eine gummöse Erkrankung einmal neben der Paralyse antreffen, dass wir aber dennoch beide als wesentlich verschieden auseinanderhalten müssen.

Von dem gewöhnlichen Bilde der Paralyse hat Lissauer als atypische Formen diejenigen abgegrenzt, bei denen sich der Krankheitsvorgang vorwiegend auf die hintere Hirnhälfte erstreckt und das Stirnhirn mehr frei lässt. Infolgedessen treten allerlei Herderscheinungen stärker in den Vordergrund, die sich an paralytische Anfälle anzuschliessen pflegen; halbseitige Störungen sind häufiger. Der ganze Verlauf des Leidens wird ein mehr schubweiser und ähnelt dadurch demjenigen einer Rindenepilepsie; die Verblödung macht langsamere und weniger allgemeine Fortschritte. Alzheimer schätzt die Häufigkeit dieser Lissauerschen Paralyse auf 15%, während die typischen Formen etwa 80% der Fälle umfassen. Der Rest von 5% zerfällt nach seiner Darstellung noch in mehrere kleine Gruppen. Er unterscheidet als solche einmal die foudroyante, unter dem Bilde des Deli-

rium acutum verlaufende Paralyse mit starken akuten Veränderungen im gesamten Gehirn, sodann eine Form mit vorwiegender Beteiligung des Kleinhirns, bei der auch klinisch die Zeichen einer Kleinhirnerkrankung vorherrschen, weiterhin seltene Fälle, in denen selbständig und an erster Stelle die Sehhügel zu erkranken scheinen. Auch den in höherem Lebensalter sich entwickelnden senilen Paralysen, die sich durch weitgehenden Zerfall des nervösen Gewebes bei unerheblicher Gliawucherung auszeichnen, klinisch aber durch das Zurücktreten der körperlichen Störungen gegenüber der Verblödung sich mehr dem Bilde der senilen Demenz nähern, ist Alzheimer geneigt, eine gewisse Sonderstellung zuzuschreiben.

Binswanger hat ebenfalls eine Gruppierung der paralytischen Krankheitsbilder unter pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten gegeben. Er unterscheidet eine „meningitisch-hydrocephale“ Form, die durch remittierenden Verlauf, schwerste paralytische Anfälle mit allgemeinen und lokalisierten motorischen Reiz- und Lähmungserscheinungen und durch gewaltige Erregungszustände mit völliger Benommenheit, Incohärenz und Unorientiertheit, anatomisch durch ausgeprägte Leptomeningitis und starken Faserschwund mit Erweiterung der Hirnhöhlen gekennzeichnet ist. Die zweite, „hämorrhagische“ Form soll die Mehrzahl der subakut verlaufenden Fälle umfassen und ihr Gepräge durch die besonderen motorischen Reizerscheinungen, allgemeinen groben Schütteltremor oder choreatische Zuckungen erhalten; der Leichenbefund soll neben den gewöhnlichen Veränderungen massenhafte gröbere und kapillare Blutungen aufweisen, die auf ausgedehnte hyaline Entartung der Gefässe zurückgeführt werden. Dazu ist zu bemerken, dass nach den Erfahrungen anderer Untersucher ausgebreitete Blutungen keineswegs zu den gewöhnlichen Befunden bei der Paralyse gehören. Als eine dritte Form grenzt Binswanger die Tabesparalyse mit langsamem Verlaufe und vorzugsweise auf die hinteren Hirngegenden sich erstreckendem Faserschwunde ab, endlich eine „peripher-neuritisch bedingte viscerale Form“, die mit schweren allgemeinen und örtlichen Ernährungsstörungen, visceralen Schmerzen und Missempfindungen einhergehen soll, ohne bisher durch einen eigenartigen anatomischen Befund gekennzeichnet zu sein. Die wei-

tere klinische und anatomische Durchforschung des Gebietes muss lehren, wie weit die Beziehungen zwischen Hirnveränderungen und Krankheitszeichen uns im Leben gestatten, den Leichenbefund vorauszusagen und umgekehrt. —

Die Dementia paralytica ist erst seit verhältnismässig kurzer Zeit näher bekannt. Wenn man von einzelnen unsicheren Andeutungen absieht, so scheint erst Haslam vor nunmehr 100 Jahren die erste genauere Beschreibung der Krankheit geliefert zu haben, die dann im Anfange unseres Jahrhunderts namentlich von französischen Irrenärzten eingehend studiert wurde. Bei der Eigenart und Schwere des klinischen Bildes liegt unter diesen Umständen die Annahme nahe, dass die Krankheit erst in unserem Zeitalter ihre jetzige Häufigkeit erlangt habe. Zurzeit gehören ihr bei uns im Durchschnitte etwa 10—20% aller Aufnahmen in Irrenanstalten an, doch ist dieses Verhältnis ausserordentlichen Schwankungen unterworfen.*) In einer Reihe von Anstalten hat der Anteil der Paralytiker im Laufe der letzten Jahrzehnte, wie v. Krafft-Ebing ausgeführt hat, sehr erheblich zugenommen; seltener lässt sich die entgegengesetzte Erscheinung verzeichnen. Allerdings ist es schwer, zu sagen, wie weit hier die mehr oder weniger weite Umgrenzung der Krankheit eine Rolle spielt. Ich persönlich halte die Diagnose der Paralyse, namentlich wenn sie sich nicht auf die Betrachtung des gesamten Verlaufes stützen kann, durchaus nicht für so sicher, dass ich aus den statistischen Angaben verschiedener Beobachter über die Häufigkeit der Krankheit zu verschiedenen Zeiten ohne weiteres Schlüsse ableiten möchte. Bei uns würde ein solcher Vergleich zu der trügerischen Folgerung führen, dass die Paralyse im Laufe der Jahre erheblich seltener geworden ist, da ich durch eine Reihe von Fehldiagnosen allmählich immer vorsichtiger in der Bezeichnung nicht ganz unzweifelhafter Fälle geworden bin. Dennoch darf wohl eine gewisse Zunahme der Paralyse als sehr wahrscheinlich gelten. Namentlich die Erfahrungen in den Grossstädten weisen darauf hin. Die Zahlen, die in Berlin und Mün-

*) Wollenberg, Archiv f. Psychiatrie, XXVI, 2; Gudden, ebenda; v. Krafft-Ebing, Jahrb. f. Psychiatrie XIII, 2 u. 3; Oebecke, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie XL; Hirschl, Jahrbücher f. Psychiatrie XIV, 321; Bär, Die Paralyse in Stephansfeld, Diss. Strassburg 1900.

chen z. B. für den Anteil an männlichen Paralytikern bis zu 36%, in der Charité gar auf 45,6% hinaufgehen, sind so gross und in so stetiger Zunahme begriffen, dass hier die genannten Fehlerquellen schwerlich noch ins Gewicht fallen. Sie sind mehr als doppelt so hoch wie in Anstalten mit vorwiegend ländlicher Umgebung, so dass schon dieser Umstand im Hinblick auf das rasche Anwachsen der Stadtbevölkerung eine Zunahme der paralytischen Erkrankungen wahrscheinlich macht. In einzelnen Ländern, so in Island, ist die Paralyse fast unbekannt; unter den Negern Nordamerikas hat sie erst im letzten Jahrzehnt etwas weitere Ausdehnung gewonnen. Von den beiden Geschlechtern ist das männliche ungefähr 2—5mal so stark unter den Erkrankten vertreten, als das weibliche. In früheren Jahrzehnten pflegte man das Verhältnis mit 1:8 oder 7 anzunehmen. Buchholz sah es in den beiden Jahrzehnten zwischen 1877—1897 von 7,2 auf 6,5 herabgehen. Die relative Häufigkeit der weiblichen Paralyse ist demnach gewachsen, besonders stark in den grossen Städten. Bei Frauen höherer Stände ist die Krankheit recht selten. Von den klinischen Formen ist es nach meinen Erfahrungen besonders die depressive Paralyse, an welcher das weibliche Geschlecht zu erkranken pflegt; agitierte Formen sind verhältnismässig selten*). Dass die durchschnittliche Dauer des Leidens bei Frauen eine längere sei, kann ich bisher nicht bestätigen, doch wird es von verschiedenen Beobachtern angegeben; Bär fand die Dauer der Krankheit bei Männern 33, bei Frauen 47 Monate, Sprengeler bei Männern 30, bei Frauen 41½ Monate.

Über die Beteiligung der einzelnen Altersklassen gibt die nebenstehende prozentische Darstellung Aufschluss, deren Grundlage 249 Fälle bilden. Die grösste Häufigkeit fällt demnach bei uns in das Jahrfünft zwischen dem 40. und 45. Lebensjahre; vor dem 25. und nach dem 55. Jahre werden nur noch vereinzelte Fälle beobachtet; zwischen dem 30. und dem 50. Jahre liegen über 81% aller Erkrankungen. Das Durchschnittsalter beim Beginn des Leidens liegt um das 40. Lebensjahr herum. In Bezug auf alle diese Verhältnisse bestehen indessen zweifellos örtliche Unterschiede; in Berlin und Wien z. B. erkrankt die Mehrzahl schon

---

*) Jahrmärker, Allgem. Zeitschr. f. Psych. LVIII, 1.

zwischen dem 35. und 40. Lebensjahre. In den jüngeren Jahren scheinen die expansiven und agitierten Formen, späterhin die depressive Paralyse ein wenig zu überwiegen. Frauen erkranken meist in etwas höherem Alter. Von meinen Kranken hatten 46,6% der Männer und 29% der Frauen beim Beginne des Leidens das 40. Lebensjahr noch nicht überschritten. Man hat deswegen für die weibliche Paralyse auch dem Klimakterium eine gewisse Bedeutung zugeschrieben. Die Erfahrungen in Berlin deuten darauf hin, dass die Beteiligung der jugendlicheren Lebensalter an der



Figur XIX.

Häufigkeit der Paralyse bei den verschiedenen Altersklassen.

Paralyse beim weiblichen Geschlechte im Zunehmen begriffen ist. Andererseits scheinen auch gerade die späteren Jahre gegenüber den mittleren eine wachsende Neigung zur Erkrankung darzubieten. Eine stärkere Beteiligung der jugendlichen Altersklassen scheint sich in beschränkterem Masse bei der Paralyse überhaupt herauszubilden. Namentlich im Laufe des letzten Jahrzehnts sind eine grosse Anzahl von Erkrankungen an Paralyse bei ganz jugendlichen Personen bekannt geworden; einzelne gehen bis in das 8. und 10. Lebensjahr zurück. Die meisten beginnen um das 14. Jahr herum, ein Umstand, der auf einen gewissen Einfluss der Geschlechtsentwicklung hindeuten könnte. Auffallenderweise

sind hier beide Geschlechter nahezu gleichmässig vertreten. Erbliche Veranlagung scheint dabei eine ganz besonders grosse Rolle zu spielen; namentlich fand sich vielfach Paralyse bei den Eltern, ferner Alkoholismus und syphilitische Erkrankungen. Alzheimer*) meint, dass in etwa 70% der Fälle ein Zusammenhang mit der Lues sicher oder sehr wahrscheinlich sei. Hirschl fand unter 20 Fällen 17mal sicher und einmal wahrscheinlich ererbte Syphilis. Die klinische Form der Krankheit zeigte meist eine einförmige Demenz, dabei häufige Anfälle, choreatische Störungen und starkes Hervortreten der Lähmungserscheinungen; auch Opticusatrophie scheint auffallend oft vorzukommen. Der Verlauf erstreckte sich meist über 3—4, gelegentlich bis über 7 Jahre. Der anatomische Befund ist derselbe wie bei der Paralyse der Erwachsenen.

Ledige Personen scheinen mehr gefährdet zu sein, als Verheiratete; jugendliche weibliche Paralysen sind auffallend häufig Prostituierte, paralytische Frauen vielfach kinderlos. Nicht ganz selten beobachtet man, dass zwei Ehegatten gleichzeitig oder kurz nacheinander paralytisch oder tabisch werden. Räcke**) hat 69 derartige Beobachtungen zusammengestellt. In 27 Fällen erkrankten beide Gatten an Paralyse, in 22 Fällen an Tabes; 14mal trat beim Manne Paralyse, bei der Frau Tabes auf, 6mal das Umgekehrte. Es scheint demnach, dass der Mann mehr Neigung hat, an der Paralyse zu erkranken; er pflegt auch früher zu erkranken, als die Frau. Von grossem Interesse sind ferner die vereinzelten Fälle, in denen Eltern und Kinder paralytisch werden. Amélien hat diese Erfahrung unter 238 Fällen 6mal gemacht; einmal erkrankten 2 Brüder, ein anderes Mal ebenfalls 2 Brüder, deren Schwester an Tabes litt. Bei einem meiner Paralytiker waren auch Vater und Grossvater paralytisch. Bei der jugendlichen Paralyse ist die gleichartige Erkrankung erheblich häufiger. Frölich sah in 16,4% Paralyse bei den Eltern; ausserdem kam in 13%

*) Alzheimer, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LII. 3; Thiry, de la paralysie progressive dans le jeune âge. 1898; Hirschl, Wiener Klin. Wochenschr. 1901, 21; v. Rad, Archiv f. Psychiatrie, XXX, 82; Mingazzini, Monatsschr. f. Psychiatrie III, 53; Frölich, Über allgemeine progressive Paralyse der Irren vor Abschluss der körperlichen Entwicklung. Diss. 1901.

**) Räcke, Monatsschr. f. Psychiatrie VI, 266; Mönkemöller, ebenda VIII, 421.

der Fälle bei letzteren Tabes, Hemiplegie oder Apoplexie vor. Die Übertragung schien vorzugsweise auf das gleiche Geschlecht stattzufinden. Mehrfach betraf die Krankheit Geschwister.

Grosse Städte liefern einen sehr bedeutend höheren Prozentsatz von Paralytikern, als die Landbevölkerung. In Freiburg mit vorwiegend ländlichem Aufnahmebezirk ist nach mündlicher Mitteilung von Emminghaus die Paralyse ziemlich selten, während die mehr städtische Bevölkerung im nördlichen Baden einen recht grossen Bruchteil von Paralytikern aufzuweisen hat. Hoppe berechnet aus den Zahlen von Altscherbitz, dass dort auf 3000 Stadtbewohner, aber erst auf 9000 Landbewohner eine Erkrankung an Paralyse kommt. Eisath schätzt die Zahl der Paralytiker in dem wesentlich ländlichen Tirol auf nur 5,4% der Anstaltsaufnahmen. Unter den Berufsarten sind Offiziere, Kaufleute, Feuerarbeiter, Eisenbahnbeamte verhältnismässig zahlreich vertreten, während katholische Geistliche sehr selten paralytisch werden. Caboureau fand unter den Kranken geistlichen Standes nur 1,9% Paralytiker gegenüber dem allgemeinen Verhältnisse von 17,5%. Auch v. Krafft-Ebing sah unter 2000 Paralytikern keinen einzigen katholischen Geistlichen, umgekehrt aber unter den geisteskranken Offizieren bis zu 90% Paralytiker.

Der Einfluss der erblichen Anlage tritt hier, wie die meisten Beobachter übereinstimmend angeben, gegenüber den sonstigen Geistesstörungen mehr in den Hintergrund, scheint aber bei jugendlicheren Paralytikern eine etwas grössere Rolle zu spielen. Meine eigenen Erfahrungen ergaben in 50% derjenigen Fälle erbliche Veranlagung, in denen sichere Nachrichten über diese Verhältnisse vorlagen, etwas mehr bei Männern, als bei Frauen. Hoppe fand erbliche Veranlagung in 41,9% bei Männern, in 39,2% bei Frauen, Koller dagegen in 70,9%, aber auch schon bei Geistesgesunden in 59%, hat also offenbar den Begriff der Veranlagung ausserordentlich weit gefasst. Neuerdings hat Näcke, wie ich glaube, ohne genügende Berechtigung, den Einfluss der Erblichkeit bei der Paralyse wieder stark betont und sogar von einem „Paralitico nato“ gesprochen. Pilcz dagegen sah Heredität nur in 18,7 seiner Fälle. Er kam ferner zu dem Ergebnisse, dass bei Paralytikern Entartungszeichen auffallend selten seien. Insbesondere fand er das Überwiegen der Armspannweite über die Kör-

perlänge, das bei Entarteten und namentlich bei Epileptikern die Regel ist, bei Paralytikern nur in 37,6%. Aus diesen Erfahrungen würde sich der von verschiedenen Seiten verteidigte, aber doch wohl recht unwahrscheinliche Schluss ableiten lassen, dass Entartete geradezu einen gewissen Schutz gegen die Erkrankung an Paralyse geniessen. Über die Nachkommen der Paralytiker haben Ricard und Scholten Erfahrungen gesammelt. Der erstere stellte fest, dass in 49 Ehen von Paralytikern 152 Schwangerschaften vorkamen, von denen 61 mit Fehlgeburten endigten. Von den rechtzeitig geborenen Kindern starben noch 22 bis zum 3. Lebensjahre. Scholten fand, dass 23 Paralytiker 137 Kinder erzeugten, von denen 26 im ersten Lebensjahre zugrunde gingen. Von den übrigen litten 36 an nervösen Störungen. Dabei liess sich erkennen, dass die Häufigkeit derartiger Leiden bei den innerhalb der letzten 10 Jahre vor Ausbruch der Paralyse geborenen Kindern auf 48,9% stieg, für die früher geborenen dagegen nur 13,6% betrug.

Unter den Ursachen der Paralyse haben wir in allererster Linie der Syphilis zu gedenken. Dieselbe findet sich ganz auffallend häufig in der Vergangenheit der Paralytiker, wenn sich auch gegenwärtige syphilitische Krankheitserscheinungen nur verhältnismässig selten nachweisen lassen. Damit stimmt die Erfahrung überein, dass es anscheinend vorzugsweise leichte syphilitische Erkrankungen sind, welchen ein ursächlicher Zusammenhang mit der Paralyse zukommt, vielleicht deswegen, weil bei ihnen häufiger keine durchgreifende Behandlung stattfindet. Die Zwischenzeit zwischen der luetischen Ansteckung und dem Ausbruche der Paralyse ist sehr grossen Schwankungen unterworfen. Unter 21 Fällen, in denen mir diese Zeit genauer bekannt war, betrug sie 8mal weniger als 10, 8mal 10—20 Jahre; die kürzeste Zwischenzeit waren 2, die längste 31 Jahre. Bär sah diese Zeit zwischen 3 und 26 Jahren, Hoppe zwischen 3 und 23 Jahren schwanken. Hirschl, der über 78 Fälle verfügt, gibt an, dass die Paralyse in 23 Fällen innerhalb der ersten 10, in 40 Fällen zwischen 10 und 20 Jahren nach der Ansteckung zum Ausbruche komme. Die mittlere Inkubationsdauer betrug etwa 15, die Grenzen waren 2 und 29 Jahre. Er weist im Anschlusse an Obersteiner darauf hin, dass diese zeitlichen Beziehungen etwa

denjenigen der tertiären Lues entsprechen. Auch das Alter, in welchem die juvenile Paralyse am häufigsten beginnt, das 15. Lebensjahr, könnte, wie er andeutet, mit der gewöhnlichen Inkubationsdauer der Krankheit in Beziehung stehen.

Über die Häufigkeit, mit welcher die Syphilis als Vorgängerin der Paralyse beobachtet wird, gehen die Angaben sehr weit auseinander, nach Sprengelers Zusammenstellung von 1,6 bis 93%. Meine eigenen Aufzeichnungen ergeben, übereinstimmend mit den Erfahrungen Guddens in der Charité, bei Männern sichere Syphilis in etwa 34% der Fälle. Eine gewisse Wahrscheinlichkeit besteht ausserdem noch vielfach. Bei Frauen ist es mir nicht gelungen, über diesen Punkt hinreichende Sicherheit zu erhalten; richtet man sich nach dem Vorkommen von Aborten, so ergibt sich annähernd dasselbe Verhältnis wie bei Männern. Wollenberg nimmt an, dass von seinen weiblichen Kranken die Hälfte sicher oder sehr wahrscheinlich an Lues gelitten habe. Sprengeler fand bei 41,5% der Paralysen sichere Lues in der Vorgeschichte, Räcke in 57,3, wahrscheinliche dazu noch in 20,9%. In den neueren Statistiken wachsen die Zahlen meist allmählich an. Torkel gibt aus früherer Zeit 42, aus den letzten Jahren 51% Lues an, bei der Tabesparalyse 64 bezw. 75%. Hougberg kommt sogar auf 75,7—86,9%. Hirschl fand bei 200 Kranken in 6% die sicheren Zeichen überstandener Lues. Aus der Vorgeschichte von 175 paralytischen Männern konnte er entnehmen, dass 56% sicher, 25% wahrscheinlich an Lues gelitten hatten, und nur bei 19% fehlten verwertbare Anhaltspunkte. Natürlich ist es aus naheliegenden Gründen ungemein schwierig, über frühere syphilitische Erkrankungen auch nur einigermassen zuverlässige Angaben zu gewinnen, sei es, dass die Ansteckung gar nicht bemerkt, sei es, dass sie verheimlicht wurde. So konnte Hirschl feststellen, dass von Kranken mit tertiärer Syphilis nicht weniger als 36,5% keinerlei Angabe über Ansteckung oder frühere luetische Erscheinungen machen konnten. Alle bei Paralytikern gefundenen Zahlen bedeuten daher nur untere Grenzwerte der wirklichen Häufigkeitsverhältnisse. Besonders lehrreich ist der Vergleich zwischen paralytischen und nichtparalytischen Geisteskranken. Eisath fand bei ersteren Lues sicher in 27, zweifelhaft in 34%, bei letzteren sicher in 1,3, zwei-

felhaft in 1,8%, Hoppe bei männlichen Paralytikern in 34,6, bei Frauen in 23,5% Lues, bei nichtparalytischen Männern in 10,9, bei Frauen in 2,6%.

Jedenfalls steht der Zusammenhang zwischen Syphilis und Paralyse über allem Zweifel fest. Heiberg will in Kopenhagen gefunden haben, dass einer Häufung der syphilitischen Erkrankungen nach 15 Jahren (12 Jahre Zwischenzeit, 3 Jahre Krankheitsdauer) ein Höhepunkt der Todesfälle an Paralyse entspreche. Ferner hat v. Krafft-Ebing*) die Versuche eines vorderhand ungenannten Arztes über die Einimpfung von Syphilisgift bei 9 Paralytikern mitgeteilt, bei denen bis dahin keinerlei Anhaltspunkte für eine frühere Ansteckung vorlagen. In keinem dieser Fälle entwickelten sich Sekundärerscheinungen. Daraus wird geschlossen, dass bei jenen Kranken höchst wahrscheinlich doch Lues voraufgegangen war. Im gleichen Sinne wird das Fehlen von Primäraffekten bei Paralytikern gedeutet, obgleich sie sich in der Erregung häufig genug der Ansteckung aussetzen. Auch manche Punkte der oben angeführten allgemeinen Prädisposition, insbesondere die Unterschiede zwischen Stadt und Land, die Seltenheit der Paralyse bei Frauen der besseren Stände und bei katholischen Geistlichen, ihre Häufigkeit bei Offizieren, Kaufleuten. Prostituierten, das Vorkommen paralytischer Ehepaare und Geschwister sind mit grösster Wahrscheinlichkeit auf einen Zusammenhang zwischen Paralyse und Lues zu beziehen, ebenso die verschiedene Beteiligung der Geschlechter, da auch bei der Lues auf eine weibliche 4 männliche Kranke kommen. Das Anwachsen der Paralyse bei den ganz jugendlichen und bei den älteren Frauen lässt daran denken, dass die Lues im ersteren Falle vor, im letzteren während der Ehe erworben wurde. Sehr auffallend ist es freilich, dass die Mehrzahl gerade der französischen Irrenärzte die ursächliche Bedeutung der Syphilis für die Paralyse leugnet und statt dessen den Alkoholmissbrauch in den Vordergrund stellt**). Unsere Erfahrungen in Deutschland führen nach

*) v. Krafft-Ebing, Die Ätiologie der progressiven Paralyse, Arbeiten II, 12. 1897.

**) Mairet et de Vires, de la paralysie générale, étiologie, pathogénie, traitement. 1898; Ballet, Annales médico-psychologiques, VIII, 7, 448, 464. 1898; VIII, 8, 276.

beiden Richtungen zu durchaus anderen Ergebnissen. Neuerdings mehren sich übrigens auch dort die Stimmen, welche die Lues für das Entstehen der Paralyse verantwortlich machen. So berichtet Morel-Lavallée von 5 Männern, die sich aus derselben Quelle syphilitisch ansteckten und sämtlich paralytisch wurden. Ein Seitenstück dazu ist die von Brosius beobachtete luetische Infektion von 7 Glasbläsern durch einen Kameraden mittelst der gemeinsam benutzten Glaspfeife; von den 5 sich nach 12 Jahren zur Untersuchung stellenden Männern litt je einer an sicherer Tabes bezw. Paralyse, während zwei andere dieser Erkrankungen in hohem Grade verdächtig waren. Alle diese Kranken waren sofort gründlich antisyphilitisch behandelt worden. Auch durch andere Erfahrungen scheint mir die Ansicht von Tschisch, dass man durch kräftige Behandlung der Lues den Ausbruch einer späteren Paralyse verhindern könne, nicht hinreichend gestützt zu sein.

Eine gewisse Schwierigkeit für die Frage nach den ursächlichen Beziehungen zwischen Lues und Paralyse bildet die Tatsache, dass in manchen Ländern die erstere sehr häufig, die letztere aber äusserst selten oder ganz unbekannt ist. Bermann fand in Bosnien unter 15000 Kranken 464 Syphilitische, sah aber keinen Fall von Tabes und nur einen einzigen, noch dazu eingewanderten, von Paralyse. Ähnlich gibt Ostrowskich an, dass er in Persien unter 7000 Kranken viel Syphilis, aber weder Paralyse noch Tabes angetroffen habe. In Abessynien sollen 80% der Bevölkerung luetisch sein, und doch gibt es dort anscheinend keine Paralyse. Auch unter den Mohammedanern Algiers soll nach Angabe der französischen Ärzte trotz weiter Verbreitung der Syphilis die Paralyse nur ganz vereinzelt auftreten, namentlich bei solchen, die sich von ihren früheren Lebensgewohnheiten losgesagt und diejenigen der Europäer angenommen haben.

Eine Erklärung dieser, von so vielen Seiten bestätigten Erfahrungen lässt sich schwer geben. Auf der einen Seite ist es unmöglich, zu leugnen, dass bei uns die Syphilis eine wesentliche Vorbedingung für die Entwicklung der Paralyse darstellt. Will man wirklich Gewicht darauf legen, dass sich Lues nicht ausnahmslos in der Vorgeschichte nachweisen lässt, obgleich dieser Einwand nach den Mitteilungen der Syphilidologen nicht allzu-

viel Bedeutung haben kann, so werden wir doch wohl zu der Annahme kommen müssen, dass die durch Lues ausgelösten Fälle von fortschreitendem Blödsinn mit Lähmung eine einheitliche, abgeschlossene Krankheitsgruppe bilden, der man am zweckmässigsten die Bezeichnung der Paralyse vorbehalten sollte. Dafür würde neben anderen Gründen namentlich auch der eigenartige Leichenbefund sprechen, der die Hauptmasse der klinisch als Paralyse bezeichneten Krankheitsbilder aus der weit kleineren Zahl der sonstigen diffusen Rindenerkrankungen heraushebt. Auf der anderen Seite erzeugt aber die Lues offenbar die Paralyse nicht unter allen Umständen. Auch wenn wir von der persönlichen Veranlagung absehen, die ja auch sonst für die weiteren Schicksale des luetisch Erkrankten von wesentlicher Bedeutung ist, müssen offenbar noch gewisse allgemeinere Ursachen hier eine Rolle spielen.

Man könnte dabei zunächst an die verschiedene Giftigkeit des Ansteckungsstoffes denken. Wir wissen, dass die Lues im Laufe der Jahrhunderte grosse Wandlungen durchgemacht hat; es könnte daher wohl sein, dass auch jetzt noch örtliche Verschiedenheiten in der Art ihres Auftretens beständen. Dafür würde etwa die Erfahrung sprechen, dass die Lues in Abessynien wie in Ostafrika überhaupt besonders leicht verläuft, dass insbesondere schwere Knochenleiden sehr selten sein sollen. Gerade die weitgehende Durchseuchung des Volkes, vielleicht auch das Klima, könnte eine Abschwächung des Giftes bewirkt haben. Wie weit derartige Erwägungen für andere Länder als stichhaltig gelten dürfen, entzieht sich meinem Urteil. Immerhin muss die Angabe der französischen Ärzte stutzig machen, dass in Algier vorzugsweise solche Eingeborene paralytisch werden, die sich europäisiert haben. Freilich wird man eine solche, mehr mit Eindrücken, als mit bestimmten Zahlenwerten rechnende Beobachtung mit Vorsicht aufzunehmen haben. Indessen ist in der Tat von verschiedenen Seiten, so namentlich von v. Krafft-Ebing die Meinung vertreten worden, dass neben der Syphilis besonders die Einflüsse unserer Lebensgewohnheiten, unserer „Civilisation" für die Ausbreitung der Paralyse verantwortlich zu machen seien. Die Verschärfung des Daseinskampfes, das Hasten und Jagen nach Gewinn, Enttäuschungen, Überanstrengung sollen im Verein mit

der Schädigung durch die Lues unser Gehirn an Paralyse erkranken lassen. Ich muss gestehen, dass ich dieser Ansicht nicht beipflichten kann. Unter der Cäsarenherrschaft, im 30jährigen Kriege, zur Zeit der französischen Revolution war das Seelenleben grosser Volksmassen gewiss ähnlichen, vielleicht weit stärkeren Erschütterungen ausgesetzt, als bei uns im neuen Reiche, und doch trat die Paralyse nicht auf. Auch die europäisierten Algerier werden schwerlich so plötzlich von den angeführten Gefahren unserer Civilisation ergriffen, dass sich daraus ihre Erkrankung an Paralyse erklären würde. Eher könnte es sein, dass sie durch das Aufgeben ihres Volkstumes leichter mit Giftquellen in Berührung kämen, die ihnen sonst ferne lagen.

Eine solche Giftquelle könnte die Ansteckung durch europäische, nicht abgeschwächte Syphilis sein. Es wäre aber auch denkbar, dass hier der Alkohol eine gewisse Rolle spielte, wenigstens dort, wo es sich um sonst enthaltsame Völker handelt. Wenn wir auch die eigenartige paralytische Gefässerkrankung schwerlich als die Ursache, sondern wohl mehr als eine Begleiterscheinung des paralytischen Krankheitsvorganges aufzufassen haben, so ist der Zustand der Gefässe doch vielleicht für die ganze Entwicklung des Leidens nicht gleichgültig. Die Tatsache der juvenilen Paralyse, die so entschieden gegen die ursächliche Bedeutung der Civilisation spricht, weist auch darauf hin, dass nicht der Alkohol, wie namentlich in Frankreich und in Italien oft genug behauptet worden ist, die wesentliche Ursache der Paralyse darstellt. Dennoch ist die Häufigkeit, mit der Alkoholmissbrauch in der Vorgeschichte der Paralyse verzeichnet wird, immerhin recht auffallend. Selbst wenn wir von den zum Teil sehr hohen Verhältniszahlen der romanischen Irrenärzte absehen, fand auch Bär unter seinen Paralytikern in 23,2%, Oebecke in 43% schwereren Alkoholmissbrauch; Hoppe konnte bei seinen Geisteskranken insgesamt für die Männer in 16,1%, für die Frauen in 1,0% eine alkoholistische Vergangenheit nachweisen, während sich bei den Paralytikern das Verhältnis 28,5 bezw. 5,9% ergab. Bei der Würdigung dieser Zahlen ist allerdings nicht ausser acht zu lassen, dass der Rausch ungemein häufig die geeignete Vorbereitung für die luetische Ansteckung bildet, andererseits, dass oft genug ein verstärkter Alkoholmissbrauch nicht die Ur-

sache, sondern ein Zeichen der ausgesprochenen Paralyse darstellt.

Von sonstigen Schädlichkeiten, denen man für die Entstehung der Paralyse eine gewisse Rolle zuzuschreiben pflegt, sind auf körperlichem Gebiete Sonnenstich, Wärmebestrahlung des Kopfes und Kopfverletzungen zu nennen. An diese letzteren schliesst sich die Erkrankung in einzelnen Fällen ziemlich bald an. Da es sich hier meist um jugendliche, noch anderweitig zu Geistesstörungen prädisponierte Personen handelt, so haben wir es nach Guddens Ansicht wesentlich mit einer Auslösung des Leidens durch die Kopfverletzung zu tun. Andererseits sehen wir die Paralyse dem Trauma oft erst nach Jahren folgen, so dass man mehr eine vorbereitende Wirkung des Traumas anzunehmen hätte. Natürlich wird dann die Sicherheit des Zusammenhanges eine immer geringere; zugleich ist es wohl zweifelhaft, ob solche Fälle wirklich gleichartig und namentlich, ob sie ohne weiteres der Paralyse zuzurechnen sind. Auch Kaplan ist der Ansicht, dass einerseits das Trauma öfters erst die Folge der beginnenden paralytischen Störungen ist, der Ungeschicklichkeit, eines Anfalles, und dass andererseits den paralyseähnlichen Rindenerkrankungen nach Kopfverletzungen eine Sonderstellung zukommt. Als vorbereitende und auslösende Einflüsse können körperliche Erkrankungen, das Wochenbett, psychische Schädlichkeiten die Entwicklung der Krankheit beschleunigen. In diesem Sinne vermag wohl auch eine sehr verantwortungsvolle, mit heftigen Gemütsschwankungen verbundene Tätigkeit, andauernde Unruhe und Aufregung die Entstehung der Paralyse zu begünstigen; die Häufigkeit der Krankheit in den grossen Städten könnte so zu deuten sein. Dagegen hat einfache Verstandesarbeit, und sei sie noch so anstrengend an sich, auf die Entwicklung der Paralyse schwerlich einen Einfluss. Allerdings ist bei allen derartigen Erfahrungen die Beziehung zur Häufigkeit der Syphilis nirgends abzutrennen.

Suchen wir uns nunmehr an der Hand der vorliegenden Tatsachen wenigstens ungefähr ein Bild von dem Wesen des paralytischen Krankheitsvorganges zu machen, so muss gleich im Beginne einer solchen Betrachtung betont werden, dass wir auch heute wohl noch eine Reihe verschiedener Krankeitsformen unter dem klinischen Bilde des fortschreitenden Blödsinns mit Lähmung

zusammenfassen, die uns nur eine eingehendere Kenntnis der pathologischen Anatomie auseinanderzuhalten lehren kann. Es ist ja ohne weiteres begreiflich, dass jede ausgebreitete Zerstörung der Hirnrinde annähernd die gleichen Erscheinungen zu erzeugen imstande sein wird. In der Tat finden wir gelegentlich bei Fällen, die anscheinend der dementen Paralyse zugehören, an der Leiche ganz andersartige allgemeinere und selbst umgrenzte Hirnerkrankungen, die wir später noch genauer zu besprechen haben werden.

Trotzdem aber darf es als sicher gelten, dass der überwiegenden Mehrzahl der Fälle von progressiver Paralyse ein ganz bestimmter, einheitlicher Krankheitsvorgang zugrunde liegt, dem ein in seinem Gesamtbilde kennzeichnender Leichenbefund entspricht. Das Wesen dieses Vorganges kann angesichts der Bilder, die uns das Mikroskop liefert, kaum zweifelhaft sein. Anscheinend haben wir es hier mit einer Vergiftung zu tun, welche in ihrem Ablaufe vollkommen den Erfahrungen bei anderen, künstlich herbeigeführten Vergiftungen entspricht. Die anfänglichen Reizungserscheinungen an den Zellen, der rasche Zerfall, die langsame Schrumpfung, das gelegentliche Aufflackern des Krankheitsvorganges, die Möglichkeit einer Rückbildung wiederholen sich in ganz ähnlicher Weise bei der schnelleren oder langsameren Vergiftung des Versuchstiers mit irgend einem Stoffe, der die Nervenzellen schädigt. Dass diese anatomischen Tatsachen mit den klinischen Beobachtungen der schleichenden Verblödung, der plötzlichen Erregungen und Anfälle, der weitgehenden Besserungen in vollster Übereinstimmung stehen, bedarf wohl kaum des besonderen Hinweises. Lassen wir für diese Betrachtung die Ausbreitung der Schädigung auf andere Gebiete des Nervensystems ausser Acht, so betrifft die Vergiftung wesentlich die Ganglienzellen und vor allem das graue Netz in der Hirnrinde. Der Untergang der markhaltigen Fasern ist zum Teil wohl sicher als die Folge der Zerstörung von Zellen und Grau anzusehen, wie die Verfolgung der degenerierten Bahnen nach abwärts gelehrt hat. Dennoch wird sich die Möglichkeit nicht in Abrede stellen lassen, dass die Schädlichkeit, die hier wirksam ist, auch unmittelbar Fasern vernichtet, dass wir also zwischen primär und sekundär schwindenden Bahnen zu unterscheiden hätten. Die Gliawucherung wer-

den wir auf grund der Tierversuche wesentlich als den Ausdruck der Beseitigung von Wachstumshindernissen durch Untergang von Nervengewebe aufzufassen haben, da sie eben überall dort sogleich auftritt, wo Platz frei wird. Die Anschauung, dass umgekehrt die wuchernde Glia das Nervengewebe ersticke, darf wohl heute als überwunden gelten.

Das Gift, mit dem wir es hier zu tun haben, muss im Blute kreisen. Dafür spricht einmal die weite Verbreitung der Schädigung über das gesamte Nervensystem, dann aber wohl auch die eigenartige Beteiligung der Blutgefässe an dem Krankheitsvorgange. Man könnte sogar geradezu daran denken, wie es häufig geschehen ist, dass erst die Erkrankung der Hirngefässe den eigentlichen Anstoss zu der schweren Ernährungsstörung gebe, die wir im Nervengewebe sich abspielen sehen. Dieser Gedanke liegt um so näher, als die Schädlichkeiten, welchen gewöhnlich die Entstehung der Paralyse zugeschrieben wird (Syphilis, Alkohol, Gemütsbewegungen), alle gemeinsam eine schwächende Wirkung auf die Muscularis der Gefässwand auszuüben imstande sind. Allein es muss darauf hingewiesen werden, dass sich einerseits keine bestimmte Beziehung zwischen der Stärke und Ausbreitung der Gefässerkrankung und dem sonstigen anatomischen oder klinischen Bilde erkennen lässt, und dass uns andererseits vielfach noch weit stärkere Veränderungen an den Gefässen begegnen, ohne dass die eigenartige Störung der Paralyse zustande käme. Weit wahrscheinlicher ist es daher, dass die Gefässerkrankung nur eine Teilwirkung derselben Schädlichkeit darstellt, welche das Nervengewebe zerstört und uns etwa die Eingangspforte für das Gift anzeigt.

Das ganze klinische Bild der Paralyse weist uns, wie ich meine, mit grosser Bestimmtheit darauf hin, dass es sich hier um eine schwere allgemeine Ernährungsstörung handelt, bei welcher die Hirnerkrankung zwar die wichtigste und auffallendste, aber doch nur eine Teilerscheinung darstellt. Zur näheren Begründung dieses Satzes sei zunächst auf die ganze Reihe von Störungen hingewiesen, welche die Paralyse, im Gegensatz zu den reinen Hirnerkrankungen, in den verschiedensten Teilen des Körpers hervorruft. Dahin gehören ausser den Gefässveränderungen die häufigen Erkrankungen des Herzens oder der Nieren,

die vielleicht zum Teil mit jenen ersteren in einem gewissen Zusammenhange stehen mögen, zum Teile jedoch unmittelbar auf tiefgreifende Schädigungen der gesamten Ernährungsvorgänge hinweisen. Sicherlich werden solche Schädigungen nicht etwa erst durch das Verhalten der Kranken herbeigeführt, sondern sie müssen in dem Krankheitsvorgange selber begründet sein. Dafür zeugt die Tatsache, dass wir jene Erkrankungen bei anderen Formen des Irreseins nicht wiederfinden, obgleich dieselben mit den gleichen ungünstigen Umständen, mit Aufregung, Schlaflosigkeit, Nahrungsverweigerung u. s. f. einhergehen. Dasselbe gilt für die so sehr in die Augen fallenden Störungen, die man als „trophische" von dem Erkrankungsvorgange im Nervengewebe abhängig gedacht hat. Diese Erklärung kann nur in sehr beschränktem Masse und höchstens für den Druckbrand zugestanden werden. Die erhöhte Brüchigkeit der Knochen finden wir bei keiner örtlichen Hirnerkrankung wieder, wohl aber bei verschiedenen allgemeinen Ernährungsstörungen, insbesondere bei den Greisenveränderungen.

Auch die gewaltigen Schwankungen des Körpergewichtes, die schlechterdings nicht aus dem äusseren Verhalten der Kranken zu erklären sind, sprechen für Krankheitsursachen, welche den Allgemeinzustand des Körpers entscheidend beeinflussen. Nimmermehr kann uns der Untergang des Nervengewebes bei der Paralyse erklären, dass die Kranken zu gewissen Zeiten von einem Heisshunger befallen werden, dessen rücksichtslose Befriedigung zu einer ungeheuerlichen Fettansammlung im Körper führt, während gegen das Ende des Leidens wieder binnen kurzer Zeit die denkbar höchsten Grade der Abmagerung erreicht werden. Bei keiner anderen Hirnerkrankung begegnet uns Ähnliches. Dagegen werden wir lebhaft an die Erscheinungen bei gewissen Stoffwechselerkrankungen erinnert, insbesondere an das Myxödem, den Diabetes, den chronischen Alkoholismus. Hat doch v. Noorden gezeigt, dass der übermässige Fettansatz vielfach geradezu auf eine verminderte Lebhaftigkeit der Verbrennungsvorgänge im Körper zurückweist, die durch allgemeinere Stoffwechselstörungen bedingt ist.

Wir haben ferner an jene früher angeführten Beobachtungen zu denken, welche für tiefer greifende Veränderungen im Ver-

halten des Blutes sprechen. Ebenso würden die gelegentlichen Steigerungen wie die dauernden Senkungen der Körperwärme, die man meist auf Schädigung der Wärmeregulierungscentren zurückzuführen pflegt, als Vergiftungserscheinungen aufzufassen sein. Entsprechende Störungen sind uns ja von anderen Vergiftungen her genugsam bekannt. Man denke nur an die Eklampsie einerseits, an das Myxödem andererseits. Aber auch die paralytischen Anfälle selbst vertragen kaum eine andere Erklärung, als diejenige durch Vergiftung. In den urämischen, den eklamptischen Anfällen, in den epileptiformen Anfällen nach Schilddrüsenausschneidung, im Koma diabeticum, in der Alkoholepilepsie haben wir so zahlreiche Beispiele für eine solche Entstehungsweise vor uns, dass wir diese Annahme jedenfalls als die nächstliegende und am besten beglaubigte betrachten dürfen. Der gelegentliche stürmische Zerfall der Zellen, wie er von Nissl anatomisch im einzelnen festgestellt und von Lissauer geradezu als Grundlage der paralytischen Anfälle betrachtet wurde, würde einer solchen plötzlich eintretenden Überschwemmung mit dem Krankheitsgifte bestens entsprechen. Vielleicht können wir hier auch an die von Kemmler studierten rhythmischen Zuckungen infolge des Anpralles der Blutwelle erinnern. Freilich ist mit Recht darauf hingewiesen worden, dass gerade die paralytischen Anfälle die Kennzeichen örtlicher Reizerscheinungen tragen, die darum schwerlich auf allgemeine Giftwirkungen zurückgeführt werden könnten. Wir dürfen uns aber nach Ausweis des mikroskopischen Bildes vorstellen, dass sich das Rindengewebe des Paralytikers vielfach in ganz verschiedenen Stufen der Erkrankung befindet; ein im Blute kreisendes Gift könnte daher recht wohl zunächst nur in bestimmten, gerade besonders empfindlichen Gegenden Reizerscheinungen auslösen, die sich erst allmählich weiter ausbreiten. Man könnte sogar versucht sein, den Unterschied zwischen apoplektiformen, allgemeinen und umgrenzten epileptiformen Krämpfen auf das wechselnde Verhältnis zwischen Stärke der Giftwirkung und örtlicher Empfindlichkeit zurückzuführen.

Alle die angeführten Erfahrungen werden, wie ich meine, nur dann verständlich, wenn die Paralyse, indem sie die gesamten Ernährungsvorgänge und nach Umständen eine Reihe von Organen, Gefässe, Herz, Nieren, Knochengewebe, in Mitleiden-

schaft zieht, zugleich ein Gift erzeugt, welches weite Bezirke des Nervensystems vernichtet. Kein Gebiet scheint völlig unverletzlich zu sein, doch bestehen hinsichtlich der Widerstandsfähigkeit der einzelnen Gebiete und Zellen vielfache Unterschiede. Der gleichen Erfahrung begegnen wir bei anderen Vergiftungen, z. B. derjenigen mit Alkohol. Auch durch ihn werden bei verschiedenen Menschen nicht immer dieselben psychischen und nervösen Störungen, und sie werden nicht immer in derselben Reihenfolge hervorgerufen. Wie es scheint, gelangt das paralytische Gift, ähnlich dem urämischen und dem diabetischen, nicht dauernd oder doch nicht immer in grösseren Mengen in die Blutbahn. Vielmehr dürfte zeitweise ein Stillstand in seiner Erzeugung eintreten, während zu anderen Zeiten reichlichere Mengen den Organen zugeführt werden. So wenigstens würden sich am einfachsten die Nachlässe und Besserungen der Krankheit einerseits, die Anfälle und Verschlimmerungen andererseits erklären. Dass sowohl Nachlässe wie Steigerungen der Krankheitserscheinungen durch äussere Verhältnisse einigermassen beeinflusst werden, darf uns dabei nicht Wunder nehmen. Gerade wenn der allgemeine Haushalt des Körpers durch die Krankheit wesentlich gestört ist, wird es leicht verständlich, dass günstige hygienische Verhältnisse, Ruhe, regelmässiges Leben, sorgfältige Ernährung einen Ausgleich der Störung erleichtern, Überanstrengungen, Ausschweifungen, Gemütsbewegungen denselben erschweren müssen. Dazu kommt, dass natürlich auch die Widerstandsfähigkeit des Nervengewebes gegen die andringende Schädlichkeit in beiden Fällen eine sehr verschiedene sein muss.

Die hier durchgeführte Auffassung der Paralyse bringt die Krankheit, wie man ohne weiteres übersieht, in eine gewisse Verwandtschaft mit dem Myxödem und weiterhin mit Diabetes, Osteomalacie, Akromegalie. Bei diesen letzteren Krankheiten vermag allerdings das zweifellos im Körper kreisende Gift nicht das Nervengewebe zu zerstören. Dagegen haben wir früher in der Dementia praecox eine Form des Irreseins kennen gelernt, welche nach den verschiedensten Richtungen hin ein Bindeglied zwischen dem Myxödem und der Paralyse zu bilden geeignet ist. Nur war dort das vermutete Gift ausserstande, andere, als die Träger ganz bestimmter Verrichtungen des Hirns zu vernichten;

das Urteil, namentlich aber die Gefühlsbetonung und die Willensentschliessungen wurden in erster Linie in Mitleidenschaft gezogen, während Gedächtnis und Auffassung verhältnismässig wenig litten. Ähnlich sehen wir etwa das Morphium in gewisser Beziehung die gleichen psychischen Störungen erzeugen wie der Alkohol; andere, die Gewalttätigkeit, die Wahnbildungen, die Gedächtnisschwäche, ferner die neuritischen Erkrankungen, die Epilepsie kommen auch bei dem längstdauernden Missbrauche des Mittels nie zustande. Von besonderer Bedeutung aber erscheint es mir, dass bei der Dementia praecox nicht nur ganz ähnliche psychische Krankheitsbilder zur Entwicklung kommen können wie bei der Paralyse, die einleitende Verstimmung, der unsinnige Grössenwahn, die Hypochondrie, die einfache Verblödung u. s. f., sondern dass auch Anfälle, freilich meist leichterer Art, centrale Sprachstörungen, Pupillenveränderungen, endlich jene auffallenden Schwankungen des Körpergewichts sich dort wiederfinden, welche diese beiden Krankheitsgruppen vor anderen auszeichnen.

Wir stehen aber nunmehr vor der Frage, wie weit sich die hier vertretene Anschauung mit den bisher über die Entstehung der Paralyse bekannten Tatsachen in Übereinstimmung bringen lässt. Hauptsächlich werden wir uns dabei nur mit der Verursachung durch Syphilis abzufinden haben, da alle sonstigen Ursachen der Paralyse teils überhaupt unsicher, teils doch nur als unterstützende Einwirkungen zu betrachten sind.

Allerdings hat Binswanger*) den Satz aufgestellt, dass wir den paralytischen Krankheitsvorgang „unbestritten als die Folgeerscheinung einer funktionellen Überanstrengung des Centralnervensystems und dabei in erster Linie der Grosshirnrinde“ zu betrachten haben. Ich kann dieser Auffassung nicht zustimmen. Wir kennen in der Hauptsache die Krankheitsbilder, welche durch Erschöpfung erzeugt werden, ziemlich gut; sie entsprechen in keiner Weise der Paralyse. Auch die besonderen Entstehungsbedingungen des Leidens bieten für die erwähnte Annahme schwerlich eine Bestätigung. Es ist zwar richtig, dass dauernde gemütliche Erregungen anscheinend die Entwicklung der Paralyse begünstigen; doch lässt sich gewiss nicht nachweisen, dass sie

*) Binswanger, Berliner klinische Wochenschrift, 1894. 49.

wirkliche Ursachen der Krankheit sind, mag man der Verschiedenheit der persönlichen Widerstandsfähigkeit einen noch so grossen Spielraum zugestehen. Sehen wir doch zahllose kräftige Männer paralytisch erkranken, die in den einfachsten und geregeltsten Verhältnissen leben, während andererseits die grösste Anspannung der geistigen und gemütlichen Leistungsfähigkeit zwar regelmässig alle Störungen der nervösen Erschöpfung, aber nicht Paralyse herbeiführt. Was aber meines Erachtens die Frage entscheidet, ist einmal die Tatsache der juvenilen Paralyse, bei der von einer Überanstrengung nicht die Rede sein kann, sodann aber der Umstand, dass Ermüdung und Erschöpfung, so viel wir wissen, sicher vorübergehende, vielleicht unter Umständen auch einmal dauernde Schädigungen, nicht aber einen fortschreitenden Krankheitsvorgang erzeugen können. Fällt die Ursache fort, so hört die Wirkung auf — diesen Satz finden wir gerade bei den Störungen nach Erschöpfung überall bewahrheitet, auch dort, wo schwere Schädigungen voraufgegangen waren. Es wäre nicht zu verstehen, warum Überanstrengungen, die in keiner Weise das Durchschnittsmass überschreiten, so ungemein häufig eine Erkrankung der Hirnrinde herbeiführen sollten, die trotz vollster geistiger Ruhe sich nicht bessert, sondern unaufhaltsam bis zur Vernichtung fortschreitet.

Dem gegenüber ist die Rolle der Syphilis offenbar eine durchaus wesentliche. Es hat daher in älterer wie in neuerer Zeit auch nicht an Forschern gefehlt, welche die Paralyse, ebenso wie die ihr offenbar nahe verwandte Tabes, einfach als syphilitische Erkrankung des centralen Nervensystems auffassen zu können glaubten. Strümpell hat die Paralyse in Parallele mit den diphtherischen Lähmungen gestellt, indem er annahm, dass dort wie hier durch den lebenden Ansteckungsträger, also bei der Paralyse den Syphiliskeim, nach Ablauf des ersten Krankheitsabschnittes ein chemisches Gift erzeugt werde, welches nun in eigentümlicher Weise auf die verschiedenen Abschnitte des Nervensystems zerstörend einzuwirken imstande sei. Auch Möbius hält Tabes und Paralyse geradezu für Nachkrankheiten der Syphilis. Leider gestatten die heute vorliegenden Tatsachen eine so einfache Deutung, wie mir scheint, noch nicht. Wenn wir auch die Annahme machen wollen, dass alle „wahren Paralysen“ mit

der Syphilis in ursächlichem Zusammenhange stehen, so erwachsen dem Verständnisse doch noch eine Reihe von Schwierigkeiten. Erstens lehrt uns die anatomische Untersuchung, dass die paralytischen Veränderungen denjenigen nicht entsprechen, denen wir sonst bei der Syphilis begegnen. Zwar finden wir hie und da einmal ein grösseres Gumma oder Einlagerungen in den Gefässwandungen, die als gummöse aufgefasst werden können, öfters auch in geringerer oder grösserer Ausdehnung luetische Endarteriitis, aber die paralytische Gefässerkrankung trägt ein ganz anderes Gepräge. Ebenso weicht der Sitz der Leptomeningitis und die diffuse Ausbreitung des Zerstörungsvorganges wesentlich von den Erfahrungen ab, die wir bei syphilitischen Erkrankungen zu machen pflegen. Dem entspricht die klinische Tatsache, dass sich die Geistesstörungen bei gewöhnlicher Hirnlues durchaus von der Paralyse unterscheiden, durch das Fehlen der kennzeichnenden Sprach- und Schriftstörung, durch die weit enger umgrenzte Verblödung, die Häufigkeit von Gehörstäuschungen, namentlich aber durch den weit langsameren und oft überhaupt nicht fortschreitenden Verlauf. Dazu kommt, dass die Paralyse durch antiluetische Behandlung erfahrungsgemäss nicht zum Stillstande gebracht, noch weniger gebessert, geschweige denn geheilt werden kann. In den nicht ganz seltenen Fällen, in denen die Zeichen einer fortbestehenden Lues vorhanden sind, sehen wir diese letzteren auf Quecksilber und Jodkalium in gewohnter Weise schwinden, während die paralytischen Störungen völlig unberührt bleiben oder sich gar verschlimmern. Endlich aber ist zu berücksichtigen, dass die Paralyse der syphilitischen Ansteckung regelmässig erst nach recht langer Zeit, meist nach mehr als einem Jahrzehnte, zu folgen pflegt.

Aus diesen Tatsachen geht hervor, dass die Paralyse keine gewöhnliche syphilitische Erkrankung sein kann. Dagegen scheint sich bei ihr innerhalb längerer Zeiträume auf irgend welche Weise eine tiefgreifende Stoffwechselerkrankung zu entwickeln, die als solche mit der Syphilis nichts mehr zu tun hat und ihrerseits ein Gift erzeugt, das wir als die letzte Ursache der paralytischen Veränderungen anzusehen haben. Eine solche Annahme würde, so viel ich sehe, allen besprochenen Schwierigkeiten der Erklärung weitaus am besten gerecht werden. Freilich können wir

uns über das Wesen des Bindegliedes zwischen Lues und Paralyse heute noch keine bestimmteren Vorstellungen machen, doch möchte ich daran erinnern, dass z. B. auch Myxödem durch die Syphilis erzeugt werden kann, wenn die Krankheit gerade die Schilddrüse zerstört. Auch hier wird sich das Myxödem erst lange nach der syphilitischen Ansteckung entwickeln, da ihm die völlige Vernichtung der Drüse voraufgehen muss; auch hier ist die antiluetische Behandlung machtlos geworden, obgleich sie andere gleichzeitige Zeichen der Syphilis glatt beseitigt. Auch hier endlich haben die anatomischen Veränderungen nicht die geringsten Beziehungen mehr zu der ursprünglichen Syphilis. Noch näher liegt vielleicht der Vergleich mit dem Delirium tremens und der Korssakowschen Psychose. Obgleich beide Krankheiten in ihrer scharf ausgesprochenen Eigenart sich auf dem Boden der chronischen Alkoholvergiftung entwickeln, tragen sie doch wesentlich andere Züge, als der Rausch und das chronische Alkoholsiechtum; sie nehmen ihren selbständigen Verlauf, auch wenn die Alkoholzufuhr aufhört; freilich streben sie in diesem Falle der Heilung zu. Beim Delirium tremens scheint nur ganz vorübergehend, und auch bei der Korssakowschen Psychose nur eine Zeitlang die Überschwemmung mit dem Krankheitsgifte stattzufinden, vielleicht deswegen, weil die erste Ursache, der Alkohol, kein im Körper lebender Krankheitserreger, sondern ein immer neu eingeführtes Gift ist. Wie sich der „metasyphilitischen“ Paralyse die anatomischen und klinischen Zeichen der gewöhnlichen Lues hinzugesellen können, so begegnet uns auch bei der Korssakowschen Psychose eine Mischung der unmittelbaren und der mittelbaren alkoholischen Störungen. Endlich sehen wir durch andere, verwandte Schädigungen Krankheitsbilder entstehen, die den beiden Erkrankungen ungemein ähnlich sind, ohne doch mit ihnen wesensgleich zu sein, wie etwa die polyneuritische Infektionspsychose einerseits, die Gruppe der Pseudoparalysen durch Blei, Mutterkorn, Kohlenoxydgas andererseits.

Die Erkennung der Paralyse*) ist eine der wichtigsten Aufgaben des Irrenarztes, weil von ihr fast immer sehr einschneidende Massregeln, namentlich auch wirtschaftlicher Natur

---

*) Hoche, Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse, 2. Auflage. 1900.

(Entmündigung, Auflösung von Geschäften), abhängig sind. Die grössten Schwierigkeiten erwachsen natürlich im ersten Beginne, so lange körperliche wie psychische Störungen noch unbestimmte sind. Hier gilt zunächst die Regel, dass man bei geistigen Erkrankungen, die ohne greifbare Ursache erstmals in mittleren Lebensjahren auftreten, besonders bei Männern, immer an die Möglichkeit einer Paralyse denken soll. Unter den körperlichen Zeichen sind von grösster Bedeutung reflektorische Pupillenstarre und die eigenartige Sprachstörung. Nach Siemerlings Zusammenstellung betraf die Pupillenstarre bei Geisteskranken in 92% der Fälle Paralytiker. Leider ist es bei befangenen, schwachsinnigen oder gar widerstrebenden Kranken, namentlich solchen mit Bulbusunruhe, nicht immer leicht, das Fehlen der Lichtreaktion mit Sicherheit auszuschliessen. Wiederholte Untersuchung im Dunkelzimmer mit einer Flamme von wechselnder Lichtstärke unter Ausschluss der Akkommodation ist in zweifelhaften Fällen durchaus notwendig. Bisweilen klärt die wechselnde Pupillenweite bei verschieden hellem Tageslicht die Sachlage, wo die unmittelbare Prüfung ergebnislos blieb. Vielleicht bringt die Anwendung besserer Untersuchungshilfsmittel, etwa der Corneallupe, mehr Sicherheit. „Träge“ Reaktionen sind für die Diagnose der Paralyse nur mit allergrösster Vorsicht zu verwerten.

Die Unfähigkeit zur richtigen Zusammenordnung der Wörter, Silben und Buchstaben dürfte nahezu ausschliesslich der Paralyse angehören, während die aphasischen Störungen bekanntlich auch anderen Hirnerkrankungen zukommen, die rein artikulatorischen aber zudem angeboren sein können. Schwierigkeiten können auch manche Sprechmanieren katatonischer Kranker bereiten, die eine verwaschene Artikulation vortäuschen. Ferner sind die paralytischen Anfälle ungemein wichtige Zeichen der Krankheit; doch ist es begreiflicherweise nötig, im gegebenen Falle die Möglichkeit epileptischer, katatonischer, alkoholischer, urämischer, diabetischer Anfälle aus der Art derselben, aus der Vorgeschichte und durch die körperliche Untersuchung auszuschliessen. Anfälle mit vorübergehender Aphasie oder rasch schwindenden Lähmungen sind stets in höchstem Grade der Paralyse verdächtig. Nicht ganz selten gehen einzelne körperliche Krankheitszeichen dem Auftreten

der psychischen Veränderungen lange Zeit voraus. Thomsen*) hat Fälle berichtet, in denen Pupillenstarre, Augenmuskellähmungen, aphasische oder epileptiforme Anfälle, Verschlechterung der Sprache 5, 7, ja 10 und 11 Jahre vor dem eigentlichen Ausbruche der Krankheit beobachtet wurden. Ich kann diese Angaben durchaus bestätigen. Man wird daher beim Auftreten derartiger Erscheinungen immer auf die allmähliche Entwicklung einer Paralyse gefasst sein müssen, auch wenn sich zunächst jahrelang keine weiteren Erscheinungen geltend machen.

Wo psychische Veränderungen neben den angeführten kennzeichnenden körperlichen Störungen vorhanden sind, denen noch als weniger wertvoll Steigerung oder seltener Fehlen der Kniesehnenreflexe und Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit hinzuzufügen wären, wird im allgemeinen die Aufdeckung der Krankheit keine Schwierigkeiten bieten. Ist nur eines oder das andere jener Zeichen vorhanden, so sind Fehldiagnosen durchaus möglich, weil es eine Reihe von sehr ähnlichen Verblödungsformen mit einzelnen körperlichen Störungen gibt, die wir nur zum Teil schon ungefähr zu umgrenzen vermögen, zum Teil aber auch noch gar nicht kennen. Noch unsicherer wird unsere Lage, wenn wir genötigt sind, die Diagnose der Paralyse ausschliesslich oder wesentlich aus dem psychischen Zustande stellen zu müssen. Ohne Zweifel gibt es Paralysen, bei denen das psychische Krankheitsbild schon bis zu einem gewissen Grade entwickelt ist, bevor sich wirklich beweisende körperliche Störungen auffinden lassen. Das Gewicht ist hier in erster Linie auf die Störung des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit, weiterhin auf die Urteilsschwäche, die Gemütsstumpfheit, die Beeinflussbarkeit der Stimmung und die Bestimmbarkeit des Handelns zu legen. Man wird aber gut tun, sein Urteil mit grosser Zurückhaltung abzugeben, da Irrtümer nach den verschiedensten Richtungen hin möglich sind.

Namentlich zu beachten werden jene Zeichen sein bei der Abgrenzung der Paralyse von der Neurasthenie, die in den ersten Zeiten der Krankheit zuweilen ebenso schwierig wie durch die Sachlage dringend gefordert erscheint. Wir haben der einzelnen Unterscheidungsmerkmale bereits bei Besprechung der nervösen

---

*) Thomsen, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LII, 889.

Erschöpfung gedacht, möchten aber hier noch hinzufügen, dass den Klagen über gelegentlichen Schwindel, leichtem Stottern, Zittern der Zunge und mässiger Steigerung der Sehnenreflexe keine schwerwiegende diagnostische Bedeutung zukommt. Klare Einsicht und Verständnis für die Krankheitserscheinungen, nachhaltiges Streben nach Beseitigung derselben, Zugänglichkeit für vernünftigen Zuspruch, fortschreitende Besserung durch angemessene Erholung sprechen für Neurasthenie, während der Paralytiker manche deutliche Störungen (Gedächtnisschwäche, Reizbarkeit) selbst vielleicht gar nicht beachtet, dafür andere in hypochondrischer Weise vorbringt, Belehrungen nur unvollkommen versteht und verarbeitet, im Vergleiche zu seinen lebhaften Klagen merkwürdig wenig gegen seine Krankheit unternimmt, keine Behandlung zu Ende führt und durch einfaches Ausspannen oft gar nicht gebessert wird.

Sehr gross kann öfters die äussere Ähnlichkeit der paralytischen Depression mit anderen, sonst ganz verschiedenartigen Zuständen sein. Für die Abgrenzung von der Melancholie wird bei Männern wegen der grossen Seltenheit jener Krankheit vor dem 50. Jahre schon das Lebensalter einen gewissen Anhalt geben. Für Paralyse spricht ferner der Nachweis auffallender Schwäche des Urteils, der Stimmung, des Handelns und ganz besonders des Gedächtnisses, mangelhafte zeitliche Orientierung, Verständnislosigkeit für die Umgebung und die Sachlage, Unsinnigkeit und Zusammenhangslosigkeit der Wahnbildungen. Ganz erhebliche Schwierigkeiten bereiten der Diagnose oft genug die Depressionszustände der Frauen im Klimakterium. Die eigentliche Melancholie wird sich freilich in der Regel durch die Lebhaftigkeit und Nachhaltigkeit der ängstlichen Verstimmung bei gut erhaltenem Gedächtnisse abgrenzen lassen. Dagegen gibt es in diesem Lebensalter allerlei bisher noch ungenügend bekannte Formen von depressiver Verblödung, die zeitweise wohl den Verdacht der Paralyse erwecken können. Gemeinsam ist diesen Formen, die wir einstweilen noch der Dementia praecox zurechnen, eine gewisse Oberflächlichkeit des Affektes trotz oft sehr heftiger Ausdrucksbewegungen, Unzugänglichkeit gegen Zureden und äussere Beeinflussung, triebartige, rastlose Unruhe oder stuporös-ablehnendes Verhalten. Dazu kommen oft noch Andeutungen von Stereo-

typie, unsinnige Wahnbildungen, Gehörstäuschungen, plötzlicher, unvermittelter Wechsel des Zustandsbildes, unter Umständen lange andauernder Mutacismus. Alle diese Einzelzüge können auch der Paralyse angehören, doch pflegen in dem Gesamtbilde bei längerer Beobachtung die katatonischen Störungen, der Negativismus, die Verschrobenheit, die Impulsivität und Stereotypie deutlich als herrschende Krankheitszeichen hervorzutreten. Dagegen fehlt die Gedächtnisstörung, die Unbesinnlichkeit und Unklarheit, die man bei Paralysen ähnlicher Art nicht vermissen wird. Allerdings kann ein Teil jener Zeichen durch negativistische Störungen vorgetäuscht werden, indem die Kranken falsche oder zögernde Antworten geben. Den Ausschlag wird daher oft das Ausbleiben oder Auffinden entscheidender körperlicher Krankheitszeichen geben müssen.

Auch sonst werden wir bei der Abgrenzung der Paralyse von den verschiedenartigen Zustandsbildern der Dementia praecox überall den grössten Nachdruck auf die nervösen Störungen legen. Einfache Pupillendifferenzen, grosse Lebhaftigkeit der Reflexe, leichtes Zittern, sogar Ohnmachten und epileptiforme Anfälle sind freilich in dieser Hinsicht nicht verwertbar. Dagegen werden wir doch aus der verschiedenen Art der sich entwickelnden psychischen Schwäche unsere Schlüsse ziehen können. Wo ein williger, zugänglicher Kranker sich unsicher und hilflos bei einfachen Rechnungen und namentlich in der zeitlichen Orientierung, vielleicht auch unklar über seinen Aufenthaltsort und die Ereignisse der jüngsten Vergangenheit erweist, wo Stimmung und Wille leicht beeinflussbar sind ohne Befehlsautomatie, wird ein psychischer Schwächezustand immer sehr der Paralyse verdächtig sein. Dem paralytischen Schwachsinn fehlen ferner die Verschrobenheit, die Manieren sowie die periodischen Erregungen, dem Stupor der zähe, unbeeinflussbare Negativismus, wenn auch Nahrungsverweigerung, Stummheit, Reaktionslosigkeit längere Zeit hindurch bestehen kann. In der Erregung beobachten wir wohl einzelne triebartige Bewegungsstereotypen, aber nicht die ganz beziehungslosen Antworten, die Sprachverwirrtheit; zudem sind die Kranken nicht besonnen und klar wie zumeist die Katatoniker. Diese letztgenannten Züge, ferner die Lenksamkeit, die eigenartig glückliche Stimmung, die Seltenheit von Gehörstäuschungen und

körperlichen Beeinflussungsideen, endlich natürlich die ganze Entwicklung des Leidens, unterscheiden die Paralyse von der Dementia paranoides mit ihren zerfahrenen, aber inhaltlich oft an jene Krankheit erinnernden Wahnbildungen. Als entscheidendes Zeichen dürfte für alle diese Abgrenzungen nach den neueren Erfahrungen der Nachweis grösserer Mengen von Leukocythen in der Spinalflüssigkeit gelten können.

Auch bei der Unterscheidung der Paralyse von den Depressionszuständen des manisch-depressiven Irreseins kann jenes Zeichen von grösstem Werte sein. Wo freilich die Vorgeschichte frühere manische oder depressive Erkrankungen aufweist, ist die Erkennung ohnedies leicht. Da sich aber die ersten Anfälle eines manisch-depressiven Irreseins auch in mittlerem und höherem Lebensalter zeigen können, so ist man bei der Diagnose nicht selten auf das Zustandsbild allein angewiesen. Bei besonnenen und geordneten Kranken wird der Nachweis oder das Fehlen der Gedächtnisstörung, der Urteilsschwäche und der Bestimmbarkeit von besonderer Bedeutung sein. Einfacher Stimmungswechsel und das gelegentliche Auftauchen von Bewegungsdrang und leichten Grössenideen ist wegen der Möglichkeit des Umschlagens in einen manischen Zustand nur mit grösster Vorsicht für die Annahme einer Paralyse zu verwerten. Die Diagnose bei Stuporzuständen wird im allgemeinen zu berücksichtigen haben, dass cirkuläre Kranke einerseits etwas besser aufzufassen pflegen, als paralytische, andererseits motorisch gebundener sind. Sie folgen daher den Vorgängen in der Umgebung mit grösserer Aufmerksamkeit, geraten leichter in Angst, wenn man sie etwa mit einer Nadel bedroht, bewegen sich aus freien Stücken wenig und langsam, doch macht sich die innere Erregung bisweilen in flüsternden Selbstgesprächen Luft. Demgegenüber kümmern sich stuporöse Paralytiker wenig um die Aussenwelt, beachten auch drohende Gefahren kaum, sind in ihren Bewegungen freier, entweder unruhig, ängstlich oder stumpf, unzugänglich. Es ist aber im einzelnen Falle natürlich nicht immer möglich, sich über die inneren Vorgänge der Kranken soweit Klarheit zu verschaffen, dass die Unterscheidung ohne Berücksichtigung der körperlichen Zeichen rasch und zuverlässig durchführbar wäre.

Die expansiven Erregungszustände der Paralytiker können

zu Verwechslungen mit manischen Erkrankungen Anlass geben. Abgesehen von den körperlichen Zeichen, sprechen Unfähigkeit, sich neue Eindrücke einzuprägen, Unsicherheit in den Zeitangaben und in den Schulkenntnissen (Rechnen), abenteuerliche und widerspruchsvolle Wahnbildungen, grosse Beeinflussbarkeit der Stimmung, Lenksamkeit des Willens für Paralyse. Auch in der Manie werden nicht selten Wahnvorstellungen vorgebracht, die denen der Paralytiker vollkommen ähneln, aber man merkt meist bald, dass die Kranken mit ihnen mehr spielen, aufschneiden, verblüffen wollen, sie nicht mit der naiven Überzeugtheit vorbringen wie die Paralytiker. Manische Kranke haben ein weit besseres Verständnis für ihre Lage, pflegen lebhaft nach Hause zu verlangen, Tatendrang zu zeigen, lassen sich nicht so leicht beschwichtigen und vertrösten wie paralytische. In den ganz schweren Erregungszuständen ist die Auffassung, die Orientierung und der Gedankenzusammenhang bei den Paralytikern erheblich stärker getrübt, als bei manischen Kranken. Nicht selten wird hier auch die Vorgeschichte, das frühere Auftreten manischer oder depressiver Erkrankungen, Anhaltspunkte für die Diagnose liefern.

Manche sehr plötzlich auftretende Erregungszustände der Paralytiker können für Delirium tremens gehalten werden, besonders wenn Alkoholmissbrauch vorlag. Im allgemeinen sind die Paralytiker dabei schwerer benommen, geben weniger Auskunft, zeigen auch nicht die eigentümliche Mischung von Angst und Humor, die wir so oft bei Alkoholdeliranten finden. Bisweilen wird uns aber erst die nach dem Schwinden des Deliriums zurückbleibende psychische Schwäche über die paralytische Grundlage des Krankheitsbildes aufklären, wenn nicht Vorgeschichte oder körperliche Anzeichen darauf schon hingewiesen haben.

Auf die Unterscheidung der Paralyse von der Amentia brauchen wir wohl kaum des näheren noch einzugehen. Es dürfte genügen, auf den Anschluss der Amentia an schwere erschöpfende Schädigungen, auf die Erhaltung der Aufmerksamkeit bei tiefer Störung des Verständnisses und der Orientierung, auf die Verwirrtheit und Unbesinnlichkeit ohne eigentliche Schwäche des Urteils und des Gedächtnisses für die fernere Vergangenheit hinzuweisen.

Bei weitem am schwierigsten ist die Abgrenzung der Para-

lyse von gewissen Krankheiten, die ebenfalls ausgebreitete Zerstörungen der Hirnrinde mit sich bringen. Dahin gehören einmal die syphilitischen Hirnerkrankungen, dann die Arteriosklerose des Gehirns, unter Umständen auch gewisse Formen des Altersblödsinns. Auf die Unterscheidungsmerkmale, soweit sie uns bisher bekannt sind, werden wir in den folgenden Abschnitten einzugehen haben. Die Abgrenzung der Paralyse von der Korssakowschen Psychose haben wir schon früher berührt. Die jugendliche Paralyse kann, zumal ihr oft ein angeborener Schwachsinn vorausgeht, für Idiotie, vielleicht auch einmal für Epilepsie gehalten werden. Abgesehen von den körperlichen Störungen, die auf eine ausgebreitete Hirn-Rückenmarkserkrankung hinweisen, wird der fortschreitende Verlauf wohl in der Regel bald zur richtigen Deutung führen. Hie und da sieht man auch einmal eine Hirngeschwulst annähernd unter dem Bilde der dementen Paralyse verlaufen, indem der gesteigerte Hirndruck eine ähnliche allgemeine Abschwächung der psychischen Leistungen erzeugt wie die paralytische Vergiftung. Meist wird hier der Nachweis der Stauungspapille Klarheit bringen, auch wenn wegen des Sitzes der Herderkrankung keine örtlichen Ausfallserscheinungen vorhanden waren.

Bei der Behandlung der Paralyse hat man in erster Linie häufig genug die Ursache der Krankheit dadurch zu beseitigen gesucht, dass man mit kräftigen antisyphilitischen Massnahmen gegen die Kranken vorging. Die Erfahrung lehrt indessen regelmässig, dass hier noch weniger, als bei der Tabes, durch Quecksilber oder Jodkalium Heilerfolge erzielt werden. Nachlässe der Krankheit kommen allerdings ebenso wie bei jeder anderen Behandlungsart, namentlich unter dem Einflusse der Anstaltsruhe, nicht selten vor. Räcke berichtet, dass unter 28 Fällen, bei denen eine antiluetische Behandlung eingeleitet wurde, 12mal Besserung eintrat. Auf der anderen Seite habe ich in einer ganzen Reihe von Fällen, in denen Syphilis sicher voraufgegangen und zum Teil noch in frischen Anzeichen vorhanden war, im unmittelbaren Anschlusse an eine Schmierkur raschen Verfall der Kräfte und plötzliches Auftreten schwerer Aufregungszustände beobachtet; auch Buchholz sah zwei seiner galoppierenden Paralysen in dieser Weise entstehen. Ich kann daher in Übereinstimmung mit der Mehrzahl der Irrenärzte einstweilen nur raten, sich im

allgemeinen höchstens mit der Darreichung von Jodkalium oder zunächst überhaupt mit symptomatischer Behandlung der Paralyse zu begnügen. Nur dann, wenn entweder noch deutliche Zeichen der Syphilis vorhanden sind, oder wenn die Möglichkeit besteht, dass es sich vielleicht um eine einfache luetische Hirnerkrankung handeln könne, wird über die Notwendigkeit einer entschiedenen antiluetischen Kur, auch mit Quecksilber, kein Zweifel sein können.

Die vereinzelten Erfahrungen von erheblicher Besserung und selbst anscheinender Heilung der Paralyse im Anschlusse an langdauernde, massenhafte Eiterungen haben schon vielfach zu Versuchen geführt, solche zufälligen Ereignisse künstlich herbeizuführen und dadurch auf den Krankheitsvorgang günstig einzuwirken. Früher pflegte man zu diesem Zwecke Brechweinsteinsalbe selbst bis zur Abstossung von Knochenstückchen auf dem Schädel einzureiben; neuerdings hat man Eiterungen durch Einspritzung von Terpentinöl zu erzeugen gesucht. Bisher sind die Ergebnisse aller dieser Verfahren aber noch keine besonders ermutigenden gewesen.

Im übrigen ist für den Paralytiker in der ersten Zeit das wichtigste Erfordernis vor allem Ruhe, Entfernung aus den gewohnten Verhältnissen und Beschäftigungen sowie eine sorgfältige Regelung der gesamten Lebensweise. Aufgeregte Kranke und solche mit Selbstmordneigung gehören unbedingt in eine Anstalt, um sie und ihre Umgebung vor den Folgen ihrer Handlungen zu schützen; ruhige und lenkbare Kranke in besseren Vermögensverhältnissen können, soweit eine sachverständige Behandlung und Überwachung möglich ist, auch in privater Pflege erhalten werden. Zu vermeiden sind jedoch besuchte Badeorte mit ihren vielfachen Zerstreuungen und Aufregungen, anstrengende Reisen, alle schwächenden Massregeln, angreifende Hunger-, Kaltwasser-, Badekuren u. s. f. Eine sehr gewöhnliche Erfahrung ist rasche Verschlechterung des Allgemeinzustandes und plötzlicher Ausbruch tobsüchtiger Erregung infolge von Kaltwassermisshandlung. Ausser der Ruhe ist Sorge für kräftige Ernährung, Regelung der Verdauung, Bewegung in frischer Luft, Vermeidung von geistigen Getränken, von Tabak, Kaffee, Thee von Wichtigkeit; auch eine ganz milde, gut überwachte hydropathische Behandlung (Ab-

reibungen, laue Bäder, Einwicklungen; keine Douche, keine Über- und Untergüsse!) kann gute Dienste leisten.

Bei den Aufregungszuständen der Paralytiker hilft sehr häufig schon die Versetzung in eine ruhige Umgebung, die Bettruhe, ein Bad sowie die Ablenkung durch freundliches und geschicktes, der Stimmung des Kranken angepasstes Entgegenkommen. Ist die Erregung sehr heftig, so ist unbedingt die Behandlung im Dauerbade angezeigt, zunächst vielleicht unter Beihilfe von Sulfonal oder Hyoscin, später ohne Arzneimittel. Unter Umständen wird man, da die Kranken vielfach auch keine genügende Nahrung zu sich nehmen, ein bis zwei Mal täglich zur Sondenfütterung schreiten. Die grössten Schwierigkeiten für die Behandlung bieten die ängstlichen Aufregungen der Paralytiker. Hier erweisen sich Bäder oder Wicklungen bisweilen als undurchführbar, und auch die Arzneimittel pflegen nicht viel Erfolg zu haben. Man wird sich daher unter Umständen auf beständige Überwachung, Schutz der Kranken vor Verletzungen (Polsterbett), sorgfältige Behandlung der entstehenden Hautabschürfungen u. s. w. beschränken müssen. Gelegentlich habe ich bei starker, sinnloser Erregung den Versuch gemacht, durch planmässig zweimal täglich wiederholte subkutane Infusionen Besserung zu erzielen; wir liessen jeweils etwa 750 gr Kochsalzlösung einfliessen. Die Behandlung wurde in einem Falle ohne üble Zufälle zwei Wochen lang fortgesetzt. Es trat bei dem Kranken, der einem raschen Verfalle entgegenzugehen schien, eine entschiedene, andauernde Besserung ein, so dass weitere Versuche mit dem genannten Verfahren in verzweifelten Fällen gerechtfertigt sein dürften. Donath hat neuerdings die planmässige Anwendung von Infusionen bei der Paralyse sehr warm empfohlen.

Die meiste Pflege erfordern die Paralytiker im letzten, bettlägerigen Stadium und besonders in den Anfällen. Schon vorher ist es vielfach notwendig, sorgfältig auf die Reinhaltung der Kranken zu achten und die Nahrungsaufnahme zu überwachen, wegen des mangelhaften Kauens nur gut zerkleinerte, leicht verdauliche Speisen einzuführen und das gierige Schlingen durch vorsichtiges Eingeben zu verhindern, da sonst leicht tötliche Erstickungsanfälle vorkommen. Im Anfalle und bei sehr erschöpften, blödsinnigen Kranken ist vor allem der Entstehung von Druck-

brand vorzubeugen. Auch hier leistet das Dauerbad mit Lagerung der Kranken auf durchgespannte Tücher, unter Umständen mit Wattepolstern, die allerbesten Dienste. Steht ein solches nicht zur Verfügung, so helfen peinlichste Reinlichkeit, häufige Waschungen der gefährdeten Teile mit kaltem Wasser oder einer spirituösen Sublimatlösung, sorgfältige Beseitigung aller Falten, Brotkrumen u. dergl. aus dem Bette, die Anwendung von Wasser- oder Luftkissen oder die Lagerung auf feine Holzwolle oder Moos, welche rasch jede Verunreinigung aufsaugen, aber von den blödsinnigen Kranken leider vielfach verzehrt werden. Endlich ist ein regelmässiger, durch Wärterhände bewirkter Wechsel der Lage notwendig, so dass der Kranke (in schweren Fällen alle ½ Stunde Tag und Nacht) von einer Seite auf die andere, auf den Rücken, den Bauch u. s. f. herumgedreht wird. Diese von v. Gudden eingeführte Massregel, welche bis zu einem gewissen Grade auch der Entstehung von „hypostatischen" Pneumonien entgegenarbeitet, hat es schon seit Jahrzehnten ermöglicht, den sonst für unvermeidlich gehaltenen Druckbrand von den Paralytikern (10% derselben sollen nach Mendels Angaben daran zugrunde gehen) fast ganz fernzuhalten und jedenfalls gefahrdrohende Formen desselben vollständig zu verhüten. Weit schwieriger ist es, den Druckbrand wieder zur Heilung zu bringen, wo er durch ungenügende häusliche Pflege oder durch eine Nachlässigkeit des Wartpersonals (in wenigen Stunden!) einmal entstanden ist. Da die Kranken durch Unruhe und Abreissen des Verbandes eine regelrechte chirurgische Behandlung oft sehr erschweren, stellen solche Fälle die allergrössten Anforderungen an Geduld und Sorgfalt des Arztes wie des Pflegepersonals. Seit der planmässigen Anwendung von Dauerbädern bei Tag und bei Nacht haben auch derartige Vorkommnisse den grössten Teil ihrer Schrecken für uns verloren. Die Kranken pflegen sich sehr leicht an das Verfahren zu gewöhnen, und der Druckbrand heilt mit gelegentlicher chirurgischer Nachhilfe ohne jeden Zwischenfall.

Für die Behandlung des paralytischen Anfalles empfiehlt Kemmler Einpackung des Kopfes in Eis, bei starken Krämpfen Klystiere von Amylenhydrat (6 gr) oder Chloralhydrat; ersteres Mittel wurde auch in 5—10%iger Lösung subkutan

gegeben. Ist rasche Wirkung notwendig, so soll zur Chloroformbetäubung bis zum Nachlasse der motorischen Reizerscheinungen geschritten werden. Bei eintretender Herzschwäche passen anregende Mittel, Koffein, Kampher, Alkohol in kleinen Gaben, namentlich aber Kochsalzinfusionen.

Die Entleerung des Mastdarms und der Blase bedarf im paralytischen Anfalle gewöhnlich nur anfangs einer Nachhilfe durch Eingiessung, Auspressen der Blase oder Einführung des (sorgfältigst gereinigten und desinfizierten!) Katheters; später vollzieht sie sich regelmässig von selbst, wenn man nicht durch zu langes Warten Überfüllung und dadurch Lähmung beider Organe hat entstehen lassen, die dann zu dauernder Kunsthilfe zwingt. Leider wird die Behandlung der sehr leicht eintretenden Blasenlähmung öfters durch alte Strikturen erschwert. Zweckmässig ist es, an jede künstliche Entleerung der Blase regelmässig eine Ausspülung (Borsäure) anzuschliessen, der man bei Schlaffheit des Detrusor kühle Temperatur gebe. Auch ausserhalb des Anfalles sind übrigens Urin- und Kotentleerung dauernd zu beachten, wenn nicht anhaltendes Urinträufeln und Schlussunfähigkeit des Mastdarms entstehen soll. Ich habe bei einem Paralytiker, der bereits 2 Jahre lang katheterisiert worden war, nach 2mal täglich wiederholten Blasenausspülungen (Tanninlösung) in Zeit von 4 Wochen die selbständige Entleerung sich wiederherstellen und dann auch in einem 13 Tage dauernden paralytischen Anfalle nicht versagen sehen. Bei demselben Kranken entstand trotz andauernden tiefsten Komas und fast völliger Pulslosigkeit unter der oben erwähnten Behandlung bis zum Tode keine Spur von Druckbrand. Die Ernährung hat im Anfalle stets durch die Sonde zu geschehen (nur bei mehrtägigen Anfällen nötig); einfaches Eingiessen in den Mund ist im höchsten Grade gefährlich. Sorgt man dann noch für häufige Reinigung und Desinfektion des Mundes durch Auswischen mit einem feuchten Läppchen (Kali chloricum) und für Feuchterhaltung der Hornhaut durch regelmässiges (alle $^1/_2$ Stunde) Bewegen der meist halb geöffneten Augenlider (Vermeidung von Ulcerationen), so kann es gelingen, die Kranken noch nach 8—14 Tagen aus dem paralytischen Anfalle sich erholen zu sehen.

VII. Das Irresein bei Hirnerkrankungen.

In ähnlicher Weise wie bei der Paralyse sehen wir auch bei dem an sonstige Hirnerkrankungen*) sich anschliessenden Schwachsinn Seelenstörungen mit nervösen Reizungs- oder Ausfallserscheinungen sich verbinden. Die besondere Gestaltung der klinischen Krankheitsbilder ist dabei wesentlich durch die Ausdehnung, den Sitz und die Art des Hirnleidens bedingt. Wir werden unter diesem Gesichtspunkte im allgemeinen ausgebreitete und örtlich begrenzte Erkrankungen auseinander zu halten haben.

Unter den ausgebreiteten Hirnerkrankungen, die mit psychischen Störungen einhergehen können, haben wir zunächst einer Gruppe von allmählich fortschreitenden Krankheitsvorgängen zu gedenken, die wesentlich zu einem Schwunde nervösen Gewebes in verschiedenen Rindenbezirken führen. Regelmässig finden sich dabei auch Wucherungen der Glia, die unter Umständen sehr hohe Grade erreichen können. Es muss einstweilen die Frage offen gelassen werden, ob diese Zunahme des Stützgewebes selbständig durch den Krankheitsvorgang angeregt wird. Die fast geschwulstartige Entwicklung der Gliawucherung in einzelnen Fällen würde diese Möglichkeit immerhin nicht ausgeschlossen erscheinen lassen; dennoch werden wir im allgemeinen die Gliavermehrung einfach als ein Zeichen dafür betrachten dürfen, dass durch eine krankhafte Schädigung Nervengewebe in grösserem Umfange zerstört wurde. Die zum Teil noch wenig bekannten Erkrankungen, um die es sich hier handelt, scheinen wesentlich durch innere Ursachen zustande zu kommen; einige Formen sind geradezu als familiäre zu bezeichnen.

---

*) Dupré, Psychopathies organiques, Ballets Handbuch 1058.

Eine genauere Schilderung der verschiedenen, anscheinend einander nahe verwandten Bilder, welche diese diffusen Erkrankungen des Nervensystems darbieten können, muss wegen ihrer geringen psychiatrischen Bedeutung den Lehrbüchern der Nervenheilkunde überlassen werden. Nur kurz erwähnt werden soll hier die besonders von Fürstner*) und seinen Schülern näher beschriebene „Gliose der Hirnrinde“, die durch multiple, vorwiegend tumorartige Gliawucherungen in den oberflächlichen Rindenschichten mit Höhlenbildung und Schwund der nervösen Bestandteile gekennzeichnet wird. Die Krankheit entwickelt sich überaus chronisch bei Menschen, welche schon von Jugend auf einzelne, als erste Anfänge des Leidens zu deutende Störungen (Krämpfe, Imbecillität, Reizbarkeit) dargeboten haben; später stellt sich dann eine fortschreitende Verblödung ein, mit Gedächtnisschwäche, Sprachstörung, Opticusatrophie und häufig auch tabischen Erscheinungen.

In einer gewissen Verwandtschaft zu dieser Form steht vielleicht auch jener Krankheitsvorgang, den man als diffuse Hirnsklerose bezeichnet, eine ausgedehnte Vermehrung des Stützgewebes in einer oder in beiden Hemisphären, die ebenfalls mit allmählich fortschreitendem Schwachsinn und mannigfachen centralen Ausfalls- und Reizungserscheinungen einhergeht, Hemiplegien, Krampfanfällen, Steigerung der Patellarreflexe und Spasmen in den Beinen.

In dieselbe Gruppe dürfte ferner die auch dem Irrenarzte öfter vorkommende „Huntingtonsche Chorea“**) gehören. Es handelt sich dabei um eine meist in mittlerem, selbst höherem Lebensalter einsetzende, allmählich fortschreitende Verblödung, die von choreaartigen Krampferscheinungen begleitet wird. Die Kranken werden vergesslich, urteilsschwach, gedankenarm, menschenscheu, gemütsstumpf, aber reizbar und haltlos; sie verlieren die Fähigkeit zu geregelter Tätigkeit und begehen nicht selten Selbstmordversuche oder andere gefährliche Handlungen. Ein von mir beobachteter Kranker erhängte seine drei kleinen Kinder, die er nicht mehr ernähren

---

*) Fürstner und Stühlinger, Archiv f. Psychiatrie, XVII, 1.
**) Facklam, Archiv f. Psychiatrie, XXX, 137.

zu können glaubte, ging dann ruhig spazieren und blieb auch bei den späteren Verhandlungen über seine Tat ganz gleichgültig. Hie und da kommen Sinnestäuschungen oder Verfolgungsideen zur Beobachtung, die ohne Nachdruck vorgebracht werden. Zeitweise treten auch Angstzustände, heftige Zornausbrüche oder weinerlich-rührseliges Wesen hervor. Unter den körperlichen Störungen sind am auffallendsten das Grimmassieren und die eigentümlichen, ruckweisen, zuckenden oder schlenkernden Bewegungen mit Kopf, Rumpf und Gliedern, die sich von denjenigen der Chorea durch ihre geringere Heftigkeit und Ausgiebigkeit unterscheiden; bei psychischer Erregung pflegen sie stärker zu werden. Die Sprache ist stockend, zeitweise undeutlich, verwaschen, die Schrift etwas fahrig. Die Bewegungen sind unsicher, der Gang schwankend, das Stehen bei geschlossenen Augen sehr erschwert; die gespreizten Finger zittern. Die grobe Kraft scheint dagegen keine merkliche Abschwächung zu erleiden. Sehnenreflexe und mechanische Muskelerregbarkeit sind gesteigert. Die Pupillenreaktion bleibt erhalten; die Empfindlichkeit zeigt keine Störung. Öfters bestehen sehr starke Kopfschmerzen. In einzelnen Fällen treten epileptiforme oder apoplektische Anfälle auf.

Der Verlauf des Leidens schreitet unaufhaltsam, aber langsam, in Zeit von 10—20 Jahren, zu ausgeprägter Verblödung fort, die indessen, wie es scheint, doch nicht die hohen Grade erreicht wie bei der Paralyse. Die körperlichen Störungen pflegen sich ebenfalls in gewissen Grenzen zu halten; die Chorea kann sogar bis auf leichte Andeutungen wieder verschwinden. Durch diese klinischen Eigentümlichkeiten, ebenso wie durch das Fehlen der Pupillenstörungen, der eigenartigen Sprach- und Schriftstörung, der Lähmungserscheinungen, und eben durch die begleitende Chorea unterscheidet sich das Krankheitsbild wesentlich von demjenigen der Paralyse, mit der es zunächst etwa verwechselt werden könnte. Auch die Art der Verblödung, die nicht so vorzugsweise das Gedächtnis und die zeitliche Orientierung betrifft wie dort, sondern von vorn herein in gleichem oder höherem Masse die geistige und gemütliche Regsamkeit vernichtet, ermöglicht unter Umständen schon die Abtrennung. Endlich pflegt das

Leiden in ganz ausgesprochener Weise eine Reihe von Familiengliedern zu befallen.

Der Leichenbefund zeigt einerseits chronisch-meningitische Veränderungen, Verdickung und kleinzellige Infiltration der Pia, sodann Schrumpfung des Hirns, Faserschwund, wahrscheinlich auch Untergang von Rindenzellen, ausgebreitete Gefässveränderungen mit Erweiterung der perivaskulären Räume und Wucherung der Adventitia, endlich Reste alter Blutungen in der Umgebung der Gefässe. Nissl konnte in einem von mir beobachteten Falle chronische Zellveränderungen, Gliawucherungen und Piaverdickung, aber weder nennenswerte Gefässerkrankungen noch Faserschwund oder Rindenschrumpfung nachweisen. Das Rückenmark scheint, wenn auch in sehr wechselnder Ausdehnung, an dem Krankheitsvorgange beteiligt zu sein.

Ebenfalls über weite Gebiete des Nervensystems, allerdings in Form zerstreuter Herde, erstreckt sich der Krankheitsvorgang der multiplen Sklerose, der bei stärkerer Beteiligung der Hirnrinde auch zu mehr oder weniger deutlicher Verblödung führen kann. Indessen pflegt es hier in der Regel bei einer einfachen, nicht allzu hochgradigen Abnahme des Gedächtnisses und Verstandes mit allmählich zunehmender Stumpfheit und Willenlosigkeit zu bleiben, während ausgeprägtere psychische Störungen fehlen. Die Kranken kommen daher auch nur recht selten in die Hände des Irrenarztes. Hie und da können sie einmal für demente Paralytiker gehalten werden. Vor dieser Verwechselung werden einerseits die freilich nicht immer klar hervortretenden Zeichen der multiplen Sklerose, Skandiren, Nystagmus, Intentionszittern, andererseits das Fehlen der paralytischen Sprachstörung und der reflektorischen Pupillenstarre schützen, namentlich aber auch der Mangel jener eigenartigen Benommenheit, zeitlichen Unklarheit und vorwiegenden Gedächtnisschwäche, die den Paralytiker auch schon bei mässiger Verblödung auszuzeichnen pflegen.

Eine ungleich grössere Bedeutung, als die bisher besprochenen Erkrankungen, besitzen für den Irrenarzt die syphilitischen Schädigungen des Nervengewebes, namentlich

natürlich diejenigen, welche ausgebreitete Veränderungen in der Hirnrinde erzeugen. Die einfache luetische Basilarmeningitis und selbst die Meningoencephalitis kommen daher für uns im allgemeinen weniger in Betracht, als die mit jenen Krankheiten sich so häufig verbindenden Gefässerkrankungen. Im einzelnen Falle wird es natürlich nicht möglich sein, die aus diesen oder jenen Veränderungen sich ableitenden klinischen Störungen von einander zu trennen.

Eine erste Gruppe von Fällen bilden die in der Jugend einsetzenden, fortschreitenden Verblödungen mit Lähmungserscheinungen infolge von ererbter Syphilis. Ein Teil dieser Fälle wird, wohl mit Recht, der juvenilen Paralyse zugerechnet; es scheint indessen, dass diese Deutung doch nicht für alle Beobachtungen zutrifft, sondern dass es sich vielfach um syphilitische Krankheitsvorgänge im engeren Sinne handelt, namentlich um Gefässerkrankungen. Dahin gehören wohl die von Homén*) bei mehreren Geschwistern beobachteten und von ihm als Lues hereditaria tarda aufgefassten Krankheitsbilder.

Das Leiden begann in jugendlicherem Lebensalter mit Schwindel, Kopfschmerzen, Unsicherheit des Ganges, fortschreitender Abnahme des Gedächtnisses und des Verstandes. Dazu gesellten sich später Verlangsamung und Erschwerung des Sprechens, Spasmen, Kontrakturen, Inkontinenz, Schluckstörungen, leichter Tremor und bisweilen auch Krämpfe, während die geistige Schwäche bis zu den höchsten Graden fortschritt. Der Tod erfolgte nach einer Reihe von Jahren. Die anatomische Untersuchung ergab vor allem sehr ausgedehnte endarteriitische Erkrankungen, ferner Faseratrophie, namentlich im Stirnhirn, sowie leichte Veränderungen an den Pyramidenzellen und geringe Neurogliawucherung. Kaplan und Meyer haben in einigen Fällen eine Mischung von paralytischen und syphilitischen Veränderungen beschrieben.

Bei Erwachsenen erzeugt die Lues unmittelbar hauptsächlich zwei Gruppen von Krankheitsbildern**), die wir vielleicht

*) Homén, Archiv f. Psychiatrie, XXIV, 1.
**) Klein, Monatsschrift f. Psychiatrie, V, 451.

am zweckmässigsten als einfachen luetischen Schwachsinn und als luetische Pseudoparalyse auseinanderhalten können. Die Entwicklung der erstgenannten Form pflegt sich an einen oder einige leichtere oder schwerere Schlaganfälle anzuschliessen, wenn auch öfters schon vorher eine gewisse Veränderung der psychischen Persönlichkeit bemerkt wird. Die Kranken werden zerstreut, vergesslich, urteilslos, verlieren Überblick und Verständnis für ihre Angelegenheiten wie die Fähigkeit zu höherer geistiger Tätigkeit. Die Stimmung ist dabei meist gehoben, wenn auch zeitweise ein gewisses Krankheitsgefühl vorhanden sein kann. Die Kranken prahlen gern, rühmen ihre Fähigkeiten, ihr Vermögen, vielleicht in schroffem Widerspruch mit der wirklichen Lage; sie machen Pläne für die Zukunft, sind sicher, dass sie bald wieder gesund und leistungsfähig sein werden. Zugleich besteht eine grosse Reizbarkeit, besonders gegenüber den nächsten Angehörigen, die oft zu Streit und unter Umständen zu heftigen Ausbrüchen führt. Hie und da treten auch Beeinträchtigungsideen auf, die sich jedoch im Rahmen des Erklärungsversuches halten, die Vorstellung, unterdrückt, ungerecht behandelt, aus unlauteren Beweggründen mundtot gemacht zu werden. Alle derartigen Ideen pflegen indessen sehr flüchtig zu sein, leicht wieder in den Hintergrund zu treten und nicht weiter verarbeitet zu werden.

Regelmässig sind die Kranken ausserordentlich willensschwach, lenksam, jedem Zuspruche und jeder Verführung zugänglich. Sie werden leichtsinnig und unordentlich in ihren Geschäften, vernachlässigen wichtige Dinge, handeln planlos und nach augenblicklichen Einfällen, bisweilen auch in störrischem Eigensinn, neigen zu Ausschweifungen aller Art. Ein verheirateter, in glücklichen Familienverhältnissen lebender Kranker in den 50er Jahren liess sich von einer Kupplerin offenkundig zweifelhafte Frauenzimmer zuführen, obgleich er längst impotent war; ein anderer, der sich durch eigene Kraft ein grosses Vermögen erworben hatte, vertrank Tag für Tag das kleine, ihm gewährte Taschengeld in minderwertiger Gesellschaft. Die Widerstandsfähigkeit gegen Alkohol ist in der Regel stark herabgesetzt.

Der Verlauf dieses Leidens, das sich trotz kräftiger Schmierkuren entwickeln kann, ist in der Regel ein langsamer; meist kommt es bald zu einem gewissen Stillstande. Die auffälligeren Erscheinungen können mehr in den Hintergrund treten, doch bleibt wohl stets ein deutlicher Grad psychischen Siechtums zurück. Auch die antiluetische Behandlung bringt keine völlige Wiederherstellung, offenbar deswegen, weil bereits ausgebreitetere Zerstörungen von Rindengewebe stattgefunden haben. Gelegentliche Nachschübe sind nicht selten. Auf körperlichem Gebiete begegnen uns die Reste alter Hemi- oder Monoplegien, bisweilen Augenmuskelparesen, leichte Artikulationsstörungen, hie und da auch einmal völlige oder reflektorische Pupillenstarre. Als die Grundlage der Erkrankung haben wir wohl in erster Linie syphilitische Gefässveränderungen anzusehen, die zu tieferen Ernährungsstörungen in der Hirnrinde, an einzelnen Stellen auch zu völligem Verschlusse und zu Erweichungen geführt haben.

Als syphilitische Pseudoparalyse wollen wir diejenigen Formen der luetischen Geistesstörungen zusammenfassen, die neben den Zeichen einer gröberen Hirnerkrankung ausgeprägtere psychische Krankheitsbilder darbieten. Wir dürfen wohl annehmen, dass sie sich von der einfachen syphilitischen Demenz nur gradweise unterscheiden. Auch hier beginnt die Krankheit sehr oft mit einem Anfalle, der bald nur als einfache Ohnmacht, bald als vorübergehende Aphasie, bald als tiefere Bewusstlosigkeit mit leichteren oder schwereren Lähmungen auftreten kann. Eine meiner Kranken sah plötzlich an dem fliessenden Blute, dass sie sich beim Schinkenschneiden in den eigenen Finger schnitt, und verlor erst die Besinnung, nachdem sie sich nunmehr ins Bett gelegt hatte. Bisweilen gehen die Anfälle der Entwicklung der Krankheit Jahre lang voraus; in anderen Fällen stellen sie sich auch erst viel später ein, wenn die psychische Störung längst deutlich ist; bisweilen bleiben sie ganz aus. Einige Male sah ich eine Sehstörung, beginnende Opticusatrophie, die Einleitung des Leidens bilden. Meist kommt es nun zu einem Depressionszustande mit bald mehr hypochondrischer, bald mehr misstrauischer oder ängstlicher Färbung. Die Kranken fühlen sich ganz

stumpfsinnig, haben Hirngift bekommen, vertragen die Speisen nicht; sie machen sich Vorwürfe über frühere Fehltritte, fürchten, umgebracht zu werden, halten die Frau für untreu. Zugleich bildet sich eine Umwandlung ihres ganzen Wesens heraus. Sie werden zerstreut, vergesslich, nachlässig, gleichgültig, auf der anderen Seite reizbar, aufgeregt, gewalttätig. Vorübergehend kann es zu heftigen deliriösen Erregungszuständen kommen. Fast immer stellen sich nunmehr auch Gehörstäuschungen ein, die sogar oft sehr ausgeprägt sind. Die Kranken hören ihr Kind schreien, das seziert und hypnotisiert wird; es ist ein elektrisches Telephon in der Bettstatt, mit dem die sybillinische Weissagung gemacht wird; ein Mann sitzt in der Wand, der ruft; Gott spricht von oben. Auch Schwefeldünste werden von Frauenzimmern durch das Fenster herein gelassen; es ist eine Heimlichtuerei. Die Personen werden öfters wahnhaft verkannt.

Selten fehlen in diesem Bilde Grössenideen, die ganz das unsinnige und zusammenhangslose Gepräge der paralytischen haben können. Der Kranke ist König Hallelujah von Portugal, Kaiser Friedrich I. der Infanterie, will zur Krönung nach Berlin, ist zu Pferde von Gibraltar nach Tunis geritten, hat ein Vermögen ererbt, so gross, dass es in Deutschland gar nicht geteilt werden kann. Die Stimmung ist dabei gehoben, öfters zu Scherzen, witzigen oder boshaften Bemerkungen geneigt, bei anderen Kranken reizbar, misstrauisch, feindselig. Die Kranken sind zeitweise sehr erregt, redselig, faseln zusammenhangslos, bisweilen mit Wortneubildungen, verfertigen grosse Bündel einförmiger, weitschweifiger und verworrener Eingaben und Briefe. Andere wieder sind still, schlaff, untätig, bald zugänglich und mitteilsam, bald ablehnend und unzugänglich.

An körperlichen Zeichen finden wir zunächst hie und da die Zeichen einer alten Lues vor, Synechien, alte Narben, Gaumendurchbruch, Diabetes insipidus, Glykosurie. Sodann bestehen meist die Überbleibsel der früheren Anfälle, Paresen, Hemianaesthesie, Hemianopsie, leichte paraphasische Störungen. Dazu kommen gelegentlich Sehnervenatrophie, Steigerung, Abschwächung oder Fehlen, namentlich aber Ungleichheit der Sehnenreflexe, völliger oder fast völliger Verlust der Lichtreak-

tion einer oder beider Pupillen. Dagegen pflegen Sprache und Schrift gar keine oder nur geringfügige Störungen darzubieten. Die folgende Schriftprobe XV stammt von einem Kaufmann, der aufgefordert worden war, die Katheterisierung der Kaiserin Eugenie, die er nach seiner Erzählung vorgenommen hatte, schriftlich zu schildern. Obgleich der erste Anfall mit nachfolgender Hemiparese schon 20 Jahre zurücklag und die Geistesstörung seit 10 Jahren deutlich war, zeigt die Schrift nur geringe Unsicherheit und einige kleine Auslassungen.

Der weitere Verlauf des Leidens ist ein langsamer, führt aber stets zu einem erheblichen Grade psychischer Schwäche.

Damals hat man für Frauen noch
gebogene Kadeter wo die Möglichkeit
vorhanden war beim Katerisiren
die Seiten der Urinie - Blase oder der
Gebaer Blase (Reservoir genital) auf der End der zu berühre

Schriftprobe XV.

Syphilitische Pseudoparalyse. Erster Schlaganfall vor 20 Jahren; Schmierkur; seit 10 Jahren deutliche Geistesstörung, Schwachsinn mit Grössen- und Verfolgungsideen, Gehörstäuschungen. Geringe Unsicherheit und leichte Auslassungen.

Einzelne Kranke bleiben in ihrem Benehmen ganz geordnet, halten auf ihr Äusseres, leben ohne besondere Störung in ihrer Familie. Sie lesen auch wohl die Zeitung, spielen Karten oder Billard, verfolgen einigermassen die Tagesereignisse. Allein sie sind doch zu irgend welcher ernsten Tätigkeit gänzlich unfähig, haben nicht das geringste Verständnis für ihre Krankheit und die dadurch geschaffene Lage, leben gedankenlos in den Tag hinein. Sie halten sich für ganz gesund, begreifen nicht, warum man sie nicht wieder an ihre frühere Arbeit gehen lässt, beruhigen sich aber ohne weiteres bei irgend einer nichtssagenden Auskunft. Die zeitliche und örtliche Orientierung bleibt erhalten; dennoch zeigt sich, dass die Erinnerung an die Zeit der Krankheit, oft auch für manche Ereignisse aus früherer Vergangenheit, recht unvollkommen und lückenhaft ist.

Auch die Gehörstäuschungen und Wahnbildungen pflegen immer wieder einmal aufzutauchen; sie werden nicht etwa berichtigt, sondern nur wieder vergessen.

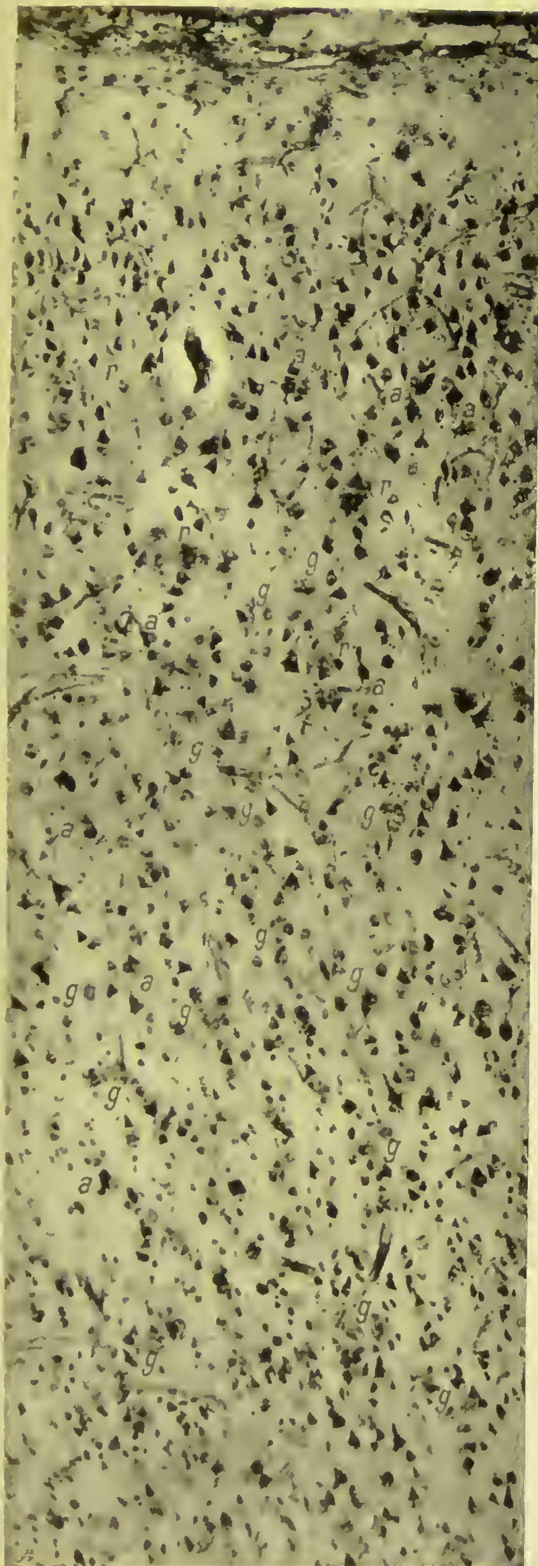
In schwereren Fällen schreitet die Verblödung weiter vorwärts. Die Kranken werden immer faseliger und verworrener, äussern einförmige, ganz unsinnige Grössen- und Verfolgungsideen, sind in unvermitteltem Wechsel unruhig, erregt, gewalttätig oder kindisch gutmütig, lenksam. Vorübergehend werden auch Zustände schwerer Benommenheit und Verwirrtheit beobachtet. Eine selten fehlende Begleiterscheinung sind Ohnmachten und epileptiforme Anfälle mit oder ohne nachfolgende Herderscheinungen. In einzelnen Fällen kann es zur Ausbildung eines förmlichen Status epilepticus kommen. So beobachtete ich nachstehende Zahl von Anfällen an 17 aufeinander folgenden Tagen:

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.
4	32	25	35	28	26	20	19	15	37	23	40	44	66

15.	16.	17.	18.
78	23	17	0

Damit hatte die Reihe ihr Ende erreicht. Sie wiederholte sich 7 Monate später noch einmal; dabei traten an einem Tage 86, in $7^1/_2$ Stunden der folgenden Nacht 94 Anfälle auf, mit denen dann allerdings das Leben abschloss. Die Anfälle trugen das Gepräge der Rindenepilepsie; in den Pausen war der Kranke überraschend schnell wieder klar und vergnügt. Nach der ersten Gruppe blieb eine starke, sich im Laufe von 2 Monaten allmählich verlierende linksseitige Hemiplegie mit Hemianaesthesie zurück.

Der hier beobachtete Ausgang der Krankheit ist nicht die Regel, wenn er auch öfters vorkommen mag. Anscheinend kann der Zustand der Kranken auf irgend einer Stufe sehr lange stillstehen, bis ein Fortschritt des Leidens oder eine zufällige Erkrankung dem Leben ein Ende macht. Der Leichenbefund kann die ganze Mannigfaltigkeit der syphilitischen Veränderungen aufweisen, meningitische Erkrankungen, Erweichungsherde, kleinere oder grössere Gummata, vor allem aber Gefässerkrankungen. Einen Begriff von dem mikroskopischen Aussehen der Hirnrinde mag die Figur 1 der Tafel VI geben, die



1



2

Syphilitisches und arteriosklerotisches Rindenbild.

rlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

von dem oben erwähnten Kranken mit den zahlreichen Anfällen gewonnen wurde. Was hier gegenüber dem unmittelbar vergleichbaren Normalbilde der Tafel XII auf den ersten Blick ins Auge fällt, ist einerseits die Schwellung und anscheinende Vermehrung der Nervenzellen, sodann aber die sehr starke Gefässwucherung. Bei genauerer Durchmusterung des Bildes erkennt man, dass die Vergrösserung der Nervenzellen in den äusseren Rindenschichten ausgesprochener ist, als in den tieferen, ferner, dass sich zwischen den geschwellten Zellen auch eine grosse Anzahl dunkel gefärbter, geschrumpfter Elemente finden. Endlich aber zeigt sich, dass an zahlreichen Stellen die Vergrösserung der Nervenzellen zum Teil durch die Anlagerung von Gliazellen vorgetäuscht wird, so an den mit a bezeichneten Stellen.

Man wird nun auch unschwer wahrnehmen, dass die ganze Rinde von einer Unzahl mächtiger Gliazellen durchsetzt ist, die sich an die Nervenzellen heran und selbst in sie hineindrängen oder frei zwischen ihnen liegen oder endlich den Gefässen sich anlagern; wir haben einige mit g bezeichnet. An einzelnen Stellen, so bei r, haben sich die von Nissl beschriebenen Gliarasen gebildet. Wir dürfen aus diesen Befunden schliessen, dass Nervengewebe in grösserem Umfange zugrunde gegangen ist. Ein Ausdruck dieser ausgebreiteten Veränderungen dürfte auch die etwas dunklere Färbung der äusseren Rindenschichten sein. Trotzdem ist die Rinde nicht verschmälert. Aus der weiteren Untersuchung des Falles wäre hier noch nachzutragen, was auf dem gegebenen Bilde nicht erkennbar ist, dass ein Schwund von Nervenfasern nur in beschränktem Umfange nachweisbar war, dass keine erhebliche Gliafaserbildung stattgefunden hatte, und dass sich neben der ungemein starken Wucherung der Glia auch Rückbildungsvorgänge an derselben nachweisen liessen. Stellenweise fand sich eine sehr dichte Anhäufung kleiner, dunkler Gliakerne in den tieferen Rindenschichten.

Die grösseren Gefässe sind, wie das Übersichtsbild zeigt, dunkel gefärbt, von einem Schrumpfraum umgeben, aber ohne jene kennzeichnende Infiltration der Adventitialscheide, die wir bei der Paralyse kennen gelernt haben. Die kleinen Gefässe

sind ausserordentlich vermehrt, erweitert, bilden vielfach Anastomosen, erscheinen überall von Gliazellen mehr oder weniger dicht umlagert. Nach Nissls Untersuchungen handelt es sich hier nicht um eine Vermehrung durch Sprossung, wie bei der Paralyse, sondern um die Bildung neuer Gefässlumina durch wuchernde Endothelien unter reichlicher Ausscheidung von elastischer Substanz. Die Muscularis der kleinen Arterien geht dabei zugrunde. Die Figur 2 der Tafel VII zeigt ein Übergangsgefäss bei 1000facher Vergrösserung. Man bemerkt hier die riesigen Adventitialzellen a und die ebenfalls üppig wuchernden Endothelzellen e. Das Lumen des Gefässes ist erweitert; aussen ist der Schrumpfraum erkennbar. Dagegen ist von einer zelligen Infiltration, wie wir sie bei dem paralytischen Gefässe in Figur 5 der Tafel IV so deutlich sahen, nicht die Spur vorhanden. Auch Stäbchenzellen haben sich in der hier beschriebenen Rinde nur in sehr geringer Zahl auffinden lassen.

Der Krankheitsvorgang, den die Bilder wiedergeben, war über die ganze Rinde verbreitet, aber in sehr verschiedenem Grade. Während der Vergleich unseres Übersichtsbildes mit der gesunden Rinde ohne weiteres die tiefgreifenden Veränderungen erkennen lässt, die sich hier abgespielt haben, war an anderen Stellen nur bei genauester Untersuchung die im übrigen gleichartige Erkrankung festzustellen. Bisweilen zeigen sich derartige Unterschiede auf einem und demselben Rindenquerschnitte, meist in der Weise, dass die äusseren Rindenschichten stärker verändert erscheinen. Hie und da fanden sich frische oder ältere kleine Blutungen.

Es liegt auf der Hand, dass die im Vorstehenden gezeichneten Krankheitsbilder, namentlich im Anfange, der wirklichen Paralyse ausserordentlich ähnlich sein können. Auf die Fehldiagnose wird man unter Umständen erst durch den unerwartet langsamen Verlauf und vor allem durch das Ausbleiben der in den späteren Abschnitten der Paralyse so stark ausgebildeten allgemeinen Lähmungserscheinungen aufmerksam. Sehr wesentlich ist für die richtige Beurteilung zunächst das Verhalten der Herderscheinungen. Da sie nicht, wie bei der Paralyse, durch feinere Rindenzerstörungen, sondern durch Er-

weichungen hervorgerufen werden, sind sie ungleich stärker entwickelt und vor allem hartnäckiger; sie treten oft schon im Anfange mit grosser Deutlichkeit in den Vordergrund des Krankheitsbildes, ganz anders, als es bei der Paralyse der Fall zu sein pflegt. Die eigenartig paralytische Störung der Sprache und Schrift, die Ataxie, das Silbenstolpern, die Buchstabenversetzungen und Wiederholungen, fehlen diesen Kranken, ebenso die allgemeine Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit. Das Gedächtnis und die geistige Regsamkeit bleiben hier weit besser erhalten, als in der Paralyse. Wenn wir von den schwersten Fällen mit faseliger Verblödung absehen, bleiben die Kranken klar über Zeit, Ort und Umgebung, erkennen Personen nach langer Zwischenzeit sofort wieder, erinnern sich an jahrelang zurückliegende Einzelheiten, verfolgen aufmerksam die Vorgänge in ihrer Umgebung, legen Wert auf Sauberkeit und Ordnung. Alle diese Einzelheiten unterscheiden die Kranken auf die Dauer von den Paralytikern, bei denen die Erschwerung der Auffassung und die Gedächtnisstörung verhältnismässig bald zu Unbesinnlichkeit, Unklarheit und Verlust der geistigen Fühlung mit der Aussenwelt führt. Im Beginne beider Krankheiten können die Unterschiede allerdings noch wenig deutlich sein; man wird hier wesentlich zu beachten haben, dass bei der Paralyse die Gedächtnis- und Merkstörung im Verhältnisse zu der geistigen Schwäche auf anderen Gebieten ungleich stärker hervortritt, als bei den syphilitischen Geistesstörungen. Erwähnung verdient endlich noch die grosse Häufigkeit von Gehörstäuschungen hier, während sie bei der Paralyse geradezu selten sind. Das dauernde Auftreten deutlicher Gehörstäuschungen muss daher Anlass geben, die Frage der Pseudoparalyse mit besonderer Sorgfalt zu erwägen.

Besonders schwierig wird die Unterscheidung in den vereinzelten Fällen, in denen neben ausgebreiteten Rindenveränderungen noch grössere Gummigeschwülste vorhanden sind. Hier können sich Zustände von blödsinnigem Hindämmern mit verschiedenartigen Lähmungserscheinungen entwickeln, die von den letzten Abschnitten der Paralyse kaum zu unterscheiden sind, wenn nicht Stauungspapille oder die besondere herdartige

Gruppierung der Krankheitszeichen den Verdacht einer umschriebenen Hirnerkrankung nahelegen.

Wie weit eine antiluetische Behandlung die Ausbildung und das Fortschreiten der Krankheit hindern kann, vermag ich nicht zu sagen, da meine Erfahrungen über diesen Punkt nicht ausreichen; es sind jedoch Fälle mit günstigem Erfolge berichtet. Wenn man auch erwarten muss, dass in den erkrankten Hirnen schon vieles zerstört ist, bevor die Krankheit deutlich wird, so werden wir bei der Trostlosigkeit des Leidens doch jede entfernte Möglichkeit einer günstigen Einwirkung ergreifen müssen. Die Einleitung einer kräftigen antiluetischen Behandlung ist daher durchaus angezeigt, sobald sich der Verdacht einer syphilitischen Grundlage der Geistesstörung einigermassen begründen lässt.

Noch schwieriger fast, als die Frage des eigentlich syphilitischen Irreseins liegt diejenige der Tabespsychosen*). Da Tabes und Paralyse nicht nur miteinander sehr nahe verwandt sind, sondern sich auch gar nicht selten miteinander verbinden, so wird man zunächst die Frage zu prüfen haben, ob nicht vielleicht alle bei der Tabes beobachteten Geistesstörungen die Anzeichen einer sich entwickelnden Paralyse sind. Die Erfahrung hat indessen gelehrt, dass diese Annahme nicht für alle Fälle zutreffend sein kann. Es gibt, wenn auch nicht gerade häufig, ausgesprochene Psychosen bei Tabes, die in ihrer klinischen Form wie in Verlauf und Ausgang von den paralytischen Erkrankungen durchaus abweichen.

Leichtere psychische Veränderungen finden sich bei vorgeschrittener Tabes oft genug. Eine gewisse Unsicherheit des Gedächtnisses, gesteigerte Ermüdbarkeit, namentlich aber Änderungen der Gemütslage treten dabei in den Vordergrund. Manche Kranke sind düsterer, hoffnungsloser Stimmung, von trüben Gedanken und Befürchtungen erfüllt; andere wieder überraschen durch ihre strahlende Laune, die Leichtigkeit, mit der sie ihr Leiden ertragen, die Zuversichtlichkeit, mit der sie in die Zukunft sehen. Man wird hier bisweilen vollkommen an das Glücksgefühl der Paralytiker erinnert. Die

---

*) Cassirer, Tabes und Psychose. 1903.

eigentlich kennzeichnende Tabespsychose scheint jedoch ein akut einsetzender hallucinatorischer Erregungszustand zu sein, der meist eine grosse Ähnlichkeit mit dem hallucinatorischen Wahnsinn der Trinker darbietet. Die Kranken werden plötzlich ängstlich, unruhig und hören deutliche Stimmen. Vom Nebenzimmer aus werden sie zahlreicher Verbrechen bezichtigt; sie sollen eingesperrt, hingerichtet werden; ihre Angehörigen werden gemartert, rufen um Hilfe. Auch Täuschungen anderer Sinne können sich hinzugesellen. Die Kranken sehen Dunst im Zimmer, flatternde Vögel, Feuerschein; sie fühlen sich gezwickt, elektrisiert, beschossen, riechen Schwefeldämpfe, schmecken Gift im Essen. Die Orientierung bleibt dabei erhalten; der Affekt pflegt sehr lebhaft zu sein.

Die Dauer dieser Zustände kann einige Wochen oder Monate betragen; sie können dann ziemlich plötzlich wieder schwinden, oft, ohne dass eine völlig klare Krankheitseinsicht zustande kommt; zudem sind Rückfälle nicht selten. Es gibt aber auch ganz kurz dauernde hallucinatorisch-deliriöse Zustände, die etwa in der Art von Krisen auftreten, ferner mehr chronisch verlaufende Psychosen mit Sinnestäuschungen und paranoiden Wahnbildungen, Verfolgungs- und Grössenideen. Vielleicht haben wir es hier überall nur mit verschiedenen klinischen Gestaltungen desselben Krankheitsvorganges zu tun, wie wir ja auch bei der Paralyse, beim Alkoholismus und namentlich bei der Dementia praecox unentwickelte, akut und chronisch verlaufende Krankheitszustände der gleichen Art nebeneinander auftreten sehen. Es wird sich indessen bei dem jetzigen Stande unseres Wissens nicht immer mit Sicherheit entscheiden lassen, ob nicht im einzelnen Falle, von der Verbindung mit der Paralyse ganz abgesehen, neben der Tabes noch eine syphilitische Pseudoparalyse vorliegt, mit der die chronischen Tabespsychosen anscheinend sehr viel Ähnlichkeit haben. Die Frage, ob diese Formen überhaupt voneinander verschieden sind, und wie sie klinisch etwa abgegrenzt werden können, bedarf noch weiterer Prüfung. Dass auch ganz andersartige Geistesstörungen, namentlich alkoholische, auch wohl einmal manisch-depressive, katatonische, senile, sich rein zufällig mit einer Tabes verbinden können, bedarf nur kurzer

Erwähnung; die Erkennung aus den besonderen klinischen Zeichen wird dann in der Regel keine Schwierigkeiten bieten.

Die Berechtigung zur Annahme eigenartiger Tabespsychosen entnehmen wir vor allem dem Umstande, dass den hier beobachteten Krankheitsbildern durchaus die Neigung zum Fortschreiten im Sinne der Paralyse fehlt. Der Schwachsinn erreicht stets nur mässige Grade, und er zieht Merkfähigkeit und Gedächtnis nicht im entferntesten so stark in Mitleidenschaft, wie bei jener Krankheit. Die Kranken bleiben andauernd klar, besonnen, regsam, nehmen Anteil, beschäftigen sich, behalten eine leidliche, wenn auch meist etwas lückenhafte und unsichere Erinnerung an ihre Erlebnisse. Auch die körperlichen Störungen entwickeln sich nur im Sinne der Tabes weiter. Insbesondere können Sprache und Schrift wohl erschwert erscheinen, zeigen aber niemals den fortschreitenden Verfall wie in der Paralyse; auch die Anfälle bleiben aus. Dafür treten Ataxie und Hypotonie, namentlich an den Beinen, Blasen- und Mastdarmlähmung, Empfindungsstörungen, Gürtelgefühl, lanzinierende Schmerzen, Krisen, Sehnervenschwund in den Vordergrund. Auch die klinische Form der Geistesstörung, die plötzliche Entstehung, das Hervortreten zahlreicher, aufdringlicher Sinnestäuschungen, die Erhaltung der Orientierung, entspricht nicht unseren Erfahrungen bei der Paralyse. Endlich scheinen auch die anatomischen Befunde, die man in vorgeschrittenen Tabesfällen erhoben hat, von denjenigen bei der Paralyse in mehrfacher Richtung, sicher in der Stärke und Ausbreitung der krankhaften Veränderungen, abzuweichen, wenn auch in dieser, aus verschiedenen Gründen ungemein schwierigen Frage noch keineswegs genügende Klarheit herrscht. Für die Behandlung der Tabespsychosen gelten indessen dieselben Gesichtspunkte wie für diejenige der Paralyse.

Eine sehr wichtige diffuse Rindenerkrankung, die erst im letzten Jahrzehnte klinisch und anatomisch die Aufmerksamkeit in besonderem Masse auf sich gezogen hat, ist die arteriosklerotische Hirnatrophie*). Die leichteren Grade der

*) Alzheimer, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie LI, 809; ebenda LIII, 863; ebenda LIX, 695; Binswanger, Berl. Klin. Wochenschr. 1894, 49.

arteriosklerotischen Gefässerkrankung im Gehirn sind überaus häufige Störungen, ja sie sind in gewissem Sinne fast regelmässige Erscheinungen der höheren Lebensalter. Allerdings muss es wohl noch als sehr zweifelhaft gelten, ob wir berechtigt sind, wirklich die arteriosklerotischen Hirnerkrankungen einfach als ein vorzeitiges Altern aufzufassen. Dagegen spricht vor allem der Umstand, dass wir unter Umständen hochgradige arteriosklerotische Veränderungen an den Hirngefässen ohne nennenswerte Beeinträchtigung der psychischen Leistungen vorfinden. Daraus würde zu schliessen sein, dass entweder die Gefässerkrankung beim arteriosklerotischen Irresein und bei psychisch gesunden Greisen trotz ihrer grossen Ähnlichkeit doch nicht ganz wesensgleich sind, oder aber, dass wir im ersteren Falle die Gefässveränderungen nur als mehr nebensächliche Begleiterscheinungen eines besonderen, das Nervengewebe vernichtenden Krankheitsvorganges zu betrachten haben. Endlich könnte freilich auch die verschiedene Ausbreitung der Erkrankung über diese oder jene Gebiete, namentlich aber die wechselnde Beteiligung der grösseren und kleineren Gefässe den oben berührten Widerspruch einigermassen erklären.

Die ersten Erscheinungen einer beginnenden Arteriosklerose der Hirngefässe bestehen in einer gewissen Abnahme der Arbeitskraft und des Gedächtnisses. Die Kranken ermüden leichter, verfügen nicht mehr über die alte Spannkraft und Frische, scheuen vor neuen und schwierigen Aufgaben zurück und verlieren Neigung und Fähigkeit zu schöpferischer Betätigung. Ihre Stimmung wird leicht gedrückt, mutlos, zu Zeiten weinerlich, rührselig, aber auch wieder reizbar, zu plötzlichen Heftigkeitsausbrüchen geneigt. Sie werden vergesslich, begehen unbegreifliche Flüchtigkeiten, verlegen ihre Sachen, finden sich auf Reisen nicht mehr zurecht. In der Regel besteht ein sehr deutliches Krankheitsgefühl, das auch hypochondrische Formen annehmen kann. Der Kranke fasst den Rücktritt von seinen Geschäften ins Auge, sucht den Arzt auf und ist dankbar für jeden Ratschlag; unter Umständen begeht er in dem Gefühle seines geistigen Rückganges einen Selbstmordversuch. Bisweilen kommt es vorübergehend, nament-

lich unter Alkoholeinfluss, bei Überanstrengung oder gemütlicher Erregung zu leichter Verwirrtheit.

Auf körperlichem Gebiete sind vor allem wichtig die mehr oder weniger ausgesprochenen Schwindel-, Ohnmachts- oder Schlaganfälle, die öfters von leichten paraphasischen Erscheinungen, Empfindungsstörungen, Paresen oder selbst Lähmungen begleitet sein können. Als Überbleibsel dieser sich meist nach kürzerer Zeit wieder nahezu ausgleichenden Störungen findet man dann halbseitige Steigerung der Reflexe, Ungleichheit der Nasenlippenfalten, Verwaschenheit der Sprache, Schwäche in einem Arm, Nachschleppen des Beines u. dergl. Die Reaktion der Pupillen bleibt erhalten, ist höchstens etwas träge. Der Puls pflegt hart und gespannt, meist etwas beschleunigt, hie und da auch unregelmässig zu sein; die Herzdämpfung ist nach links verbreitert, der Spitzenstoss hinausgerückt; die Herztöne sind dumpf, der zweite Aortenton verstärkt. Vielfach fühlt man die Radial- und Temporalarterien als harte, geschlängelte Stränge. Im Harn findet sich öfters Eiweiss.

Auf dem geschilderten Standpunkte kann die Krankheit lange Zeit hindurch annähernd stehen bleiben, namentlich bei vorsichtiger, dem Zustande angepasster Lebensweise. In der Regel aber treten früher oder später schwere Schlaganfälle mit ihren Folgezuständen auf, die gewöhnlich durch Blutungen in die innere Kapsel bedingt werden. Sind die Gefässe des Hirnstammes von vorn herein stärker durch die Arteriosklerose betroffen, als diejenigen der Rinde, so kann ein Schlaganfall ohne psychische Vorboten das erste auffallende Krankheitszeichen bilden. In diesem Falle sieht man nach dem Schwinden der Bewusstlosigkeit und Verwirrtheit, die sich an den Anfall anschloss, die psychische Leistungsfähigkeit sich annähernd wiederherstellen. Da jedoch die Gefässveränderungen, wenn auch in verschiedenem Grade, über weite Gebiete, meist sogar im ganzen Körper verbreitet zu sein pflegen, so entwickelt sich im Laufe des Leidens allmählich mehr und mehr das Bild des postapoplektischen Schwachsinns*). Es handelt sich dabei um eine mit jedem neuen Anfalle fortschreitende Verblödung. Das Verständnis für die Eindrücke

*) Mingazzini, Rivista sperimentale di freniatria XXIII, 324, 1897.

der Umgebung, namentlich aber die Merkfähigkeit und das Gedächtnis nehmen ab. Die Kranken erkennen ihre Freunde, schliesslich vielleicht ihre nächsten Angehörigen nicht mehr, fassen nur bruchstückweise und unvollkommen auf, was man ihnen sagt, vergessen binnen kurzem ihre Erlebnisse, verlieren die Klarheit über Zeit, Ort und Personen. Sie werden stumpf und gleichgültig, zeitweise bei geringfügigem Anlasse kindisch reizbar und eigensinnig, zeigen oft eine blöde Heiterkeit und Zufriedenheit, müssen gefüttert und gepflegt werden wie kleine Kinder.

Bis zu diesen schwersten Blödsinnsformen gibt es natürlich alle möglichen Abstufungen. Man sieht alte Apoplektiker, die mehr als ein Jahrzehnt nach einem Schlaganfalle neben den körperlichen Resten desselben nur eine recht geringfügige Einbusse auf psychischem Gebiete erlitten haben, namentlich Ermüdbarkeit, Launenhaftigkeit und Willensschwäche, die sie fremden Beeinflussungen und Verführungen zugänglicher macht. Die Erklärung ist wohl darin zu suchen, dass die Gefässerkrankung in solchen Fällen mehr umgrenzt war oder zu einem gewissen Stillstande gekommen ist. Wir werden die wesentliche Grundlage des postapoplektischen Schwachsinns zunächst wohl überhaupt weniger in den Erweichungsherden, als in den daneben bestehenden ausgebreiteten Gefässveränderungen mit ihren Folgen für die Rindenernährung zu suchen haben. Ob dabei der Herd selbst durch eine Blutung oder durch eine Gefässverstopfung verursacht wird, kann daher wohl keinen so grossen Unterschied machen, wie Mingazzini angenommen hat, da in beiden Fällen die Erweichung nur die Teilerscheinung eines ausgebreiteten Krankheitsvorganges darstellt. Späterhin, wenn die Herde sich häufen und auch grössere Rindenabschnitte umfassen, werden wir gewiss auch ihnen einen erheblichen Anteil an dem Zustandekommen des psychischen Krankheitsbildes zuschreiben dürfen.

Ihre Mitwirkung macht sich namentlich auch in der so häufigen Beimischung von aphasischen, agraphischen, apraktischen, asymbolischen Störungen, von Worttaubheit und Seelenblindheit geltend, die gerade diese Formen der Hirnerkrankung zu begleiten pflegen. Es kann hier nicht unsere Aufgabe sein, auf diese Begleiterscheinungen näher einzugehen; nur

darauf soll hingewiesen werden, dass sie den Grad der geistigen Schwäche im einzelnen Falle oft weit höher erscheinen lassen, als er wirklich ist. Auf der anderen Seite ist aber auch nicht zu bezweifeln, dass ein länger dauernder Verlust der Herrschaft über Sprache und Schrift bei der ausserordentlichen Bedeutung dieser psychischen Hilfsmittel für unser Denken nicht ohne weiterreichende Folgen für die gesamte geistige Tätigkeit und den Vorstellungsschatz bleiben kann.

Aus der Zahl der arteriosklerotischen Hirnerkrankungen heben sich einige kleinere Gruppen ab, die sich durch ihre klinischen und anatomischen Eigentümlichkeiten besonders kennzeichnen. Ich möchte von denselben namentlich die schwere, progressive Form der Erkrankung anführen. Wir haben es dabei mit einem auffallend rasch nicht nur zu weitgehender Verblödung, sondern zum Tode führenden Verlaufe zu tun. Die Krankheit beginnt sehr häufig mit einem Schlaganfall; bisweilen sind demselben schon allerlei unbestimmtere Vorboten, Kopfschmerzen, Vergesslichkeit, Abnahme der Arbeitskraft, voraufgegangen. Im weiteren Verlaufe treten ängstliche, misstrauische Verstimmungen auf; nicht selten kommt es zu ausgeprägten Verfolgungsideen, gelegentlich auch zu Sinnestäuschungen oder Versündigungswahn. Der Kranke glaubt, gestohlen, betrogen zu haben, soll vergiftet, überfallen werden, nichts mehr zu essen bekommen, ruft um Hilfe. Meist wird er nun ziemlich rasch unklar und verwirrt, findet sich nicht mehr zurecht, verkennt Personen und Ort, versteht Vorgänge und Worte nicht oder ganz unvollkommen. Er wird gereizt, widerstrebend, unruhig, schimpft, greift seine Umgebung an, wandert herum, will aus dem Fenster springen oder sich die Pulsadern aufschneiden. Nachts nimmt die Unruhe gewöhnlich bedeutend zu. Nahrungsaufnahme und Schlaf leiden sehr stark; die Kranken pflegen rasch abzumagern.

Regelmässig entwickeln sich für kürzere oder längere Zeit Zustände tiefer Verworrenheit mit lebhafter Unruhe. Die Kranken sind schwer benommen, fassen nicht auf, sind nicht zu fixieren. Hingehaltene Gegenstände beachten sie nicht oder behandeln sie in asymbolischer Weise, schlucken das dargebotene Geldstück herunter, stecken den Bleistift in den Mund,

beginnen an einer Bürste zu kauen. Sie weichen vor der Nadelspitze, vor dem brennenden Streichholz nicht zurück, obgleich sie bei schmerzhaften Eindrücken zusammenzucken. Die Stimmung ist leer, bald etwas ängstlich, bald heiter und selbst scherzhaft gefärbt; Krankheitsgefühl ist nicht vorhanden. Die Kranken sind dabei in fast ununterbrochener, einförmiger und zielloser Tätigkeit. Sie stehen auf, wursteln im Bettzeug herum, suchen in den Kissenbezug hineinzukriechen, zwängen die Füsse in das Nachtgeschirr, nesteln, streichen, wischen, zerreissen, drängen plump hinaus, wehren sich gegen äussere Eingriffe, aber ohne Nachdruck und Zähigkeit. Ihre Sprache ist meist verwaschen, lallend, kaum verständlich; sie reden gedankenarm und zusammenhangslos vor sich hin, ohne sich um ihre Umgebung zu kümmern. Hie und da erhält man eine halbwegs sinngemässe Antwort auf eindringliches Zureden. Kot und Urin lassen die Kranken unter sich gehen.

Ein solcher Zustand bildet nicht selten den Abschluss des Krankheitsbildes, indem die Kranken an Herzschwäche, häufiger an einer Bronchopneumonie zugrunde gehen. Die verworrene Erregung kann aber auch wieder schwinden und einer einfachen, ruhig oder stetig fortschreitenden Verblödung Platz machen. Die Kranken liegen dann teilnahmlos da, verstehen nur die einfachsten Fragen, haben keine Ahnung, wo sie sich befinden, wie lange sie da sind, zeigen keinerlei Bedürfnis, sich zu beschäftigen, zu unterhalten oder irgendwie mit ihrer Umgebung in Verbindung zu setzen. Immerhin bleiben sie zugänglich, bemühen sich, auf die Anregungen des Arztes einzugehen, befolgen Aufforderungen, lächeln oder weinen je nach dem Ton und Inhalt des Gespräches. Trotz ihrer sehr grossen geistigen Schwerfälligkeit vermögen sie vielleicht noch, eine kleine Rechnung auszuführen. Sie erkennen auch die Mitglieder ihrer Familie, freuen sich über deren Besuch, begrüssen den Arzt jedesmal mit freudigem Verziehen des Gesichtes. Vielfach bestehen leichtere oder schwerere paraphasische Störungen, namentlich nach den von Zeit zu Zeit sich wiederholenden, sehr verschieden stark ausgeprägten Anfällen.

Die körperlichen Begleiterscheinungen dieser Erkrankung sind begreiflicherweise sehr mannigfaltige. Ausser den Folgen

der Anfälle und den schon früher erwähnten Zeichen der Gefässerkrankung ist namentlich die artikulatorische Erschwerung der Sprache zu nennen, die bisweilen zu deutlichem Skandieren führt. Auch die Schrift ist, wie die beigegebene Probe XVI zeigt, hochgradig verändert. Einzelne Buchstaben sind noch leidlich erkennbar; insbesondere ist an ihnen keine stärkere Ataxie nachweisbar. Dagegen hat sich der Rest in unverständliche Bruchstücke von Schriftzeichen aufgelöst, die allerdings noch annähernd in Wortgruppen zusammenstehen. Dem Kranken ist also die Fähigkeit verloren gegangen, die

Schriftprobe XVI.

Schrift bei arteriosklerotischer Gehirnerkrankung. Auslassungen; Zerfall der Worte und Buchstaben; Ermüdungswirkung.

Einzelbewegungen im richtigen Zusammenhange auszuführen. In den noch lesbaren Worten finden sich Auslassungen. Die fortschreitende Verschlechterung der Schrift von der ersten Zeile ab ist augenfällig und wohl als ein Zeichen rascher Ermüdung zu betrachten. Die Pupillenreaktion fand ich bei meinen Kranken, wenn auch öfters recht träge, doch immer erhalten.

Die Dauer der Krankheit beträgt von den ersten deutlichen Zeichen an etwa 4 Jahre, doch gibt es auch Fälle, die in 6—7 Jahren und andere, die in weit kürzerer Zeit, unter Umständen binnen wenigen Monaten, ablaufen. Ausser der Ausbreitung der Hirnveränderungen spielt dabei namentlich der Zustand des übrigen Körpers eine Rolle, des Herzens, der Lungen und Nieren; auch das Lebensalter kommt mit in Betracht. Der Tod erfolgt am häufigsten im Anschlusse an einen Schlaganfall durch Herzschwäche oder Bronchopneumonie. Der

Leichenbefund zeigt regelmässig die Erscheinungen hochgradiger Gefässerkrankungen, Atheromatose der Aorta und ihrer Verzweigungen, Hypertrophie und Erweiterung des Herzens, Myokarditis, interstitielle Nephritis, Stauungen, bisweilen auch Infarkte in den Eingeweiden. Die Hirngefässe sind schwielig verdickt, geschlängelt, starrwandig, Dura und Pia verdickt, letztere getrübt, das ganze Gehirn mehr oder weniger atrophisch. In der Regel finden sich an den verschiedensten Stellen ältere oder frische Blutungen und Erweichungen; die Ventrikel sind stark erweitert. Die mikroskopische Untersuchung der Hirnrinde ergibt eine zahllose Menge überall zerstreuter Krankheitsherde, die sich namentlich dem Zuge der stark veränderten Gefässe anschliessen. Das Nervengewebe geht dabei in bestimmtem Umkreise zugrunde, und an seine Stelle tritt üppig wuchernde Glia, die keine oder geringe Neigung zu Rückbildungsvorgängen zeigt. Die Gefässe selbst bieten ausser den gewöhnlichen arteriosklerotischen Veränderungen (Zersplitterung und Quellung der elastischen Membran, Verdickung der Wandung, Rückbildungsvorgänge an Muscularis und Adventitia) mehr oder weniger mächtige hyaline Einlagerungen dar. In ihren erweiterten Lymphräumen trifft man zarte Bindegewebswucherungen, Pigmenteinlagerungen, Körnchenzellen.

Einen Teil dieser Veränderungen wird man in Figur 2 der Tafel VI zu erkennen vermögen. Beim Vergleiche mit der gesunden Rinde auf Tafel XII sieht man sofort die Verheerung, die der Krankheitsvorgang unter den Rindenzellen angerichtet hat. Auch die wenigen noch erhaltenen Zellen sind meist hochgradig verändert, vielfach zu dunklen, eckigen Klümpchen zusammengeschrumpft, in denen hie und da noch der punktförmige Kern zu erkennen ist. Der gesamte Untergrund ist dunkler gefärbt, ein Zeichen für ausgebreitete Veränderungen des intercellularen Gewebes. Überall im Gewebe zerstreut, wenn auch im ganzen nicht stark vermehrt, finden sich winzige, sehr dunkel gefärbte, meist von einem hellen Hofe umgebene Gliakerne, vielfach in Gruppen angeordnet, namentlich in der Nähe von Gefässen, wie bei g.

Ganz besonders auffallend sind ferner die Veränderungen an den Gefässen. Die Wandungen derselben sind kernarm oder

selbst kernlos, völlig ungefärbt, hyalin entartet und ausserordentlich stark verdickt. Diese Umwandlung findet sich an den gröberen wie an den kleineren Gefässen in gleicher Weise, wenn auch nicht überall in derselben Stärke ausgeprägt. Einige Gefässe sind auf dem Bilde mit a bezeichnet; bei a′ ist ein doppeltes Lumen sichtbar, wie es bei arteriosklerotischer Rindenerkrankung sehr häufig beobachtet wird. Der Krankheitsvorgang pflegt eine gewisse herdartige Verbreitung zu zeigen; neben hochgradig erkrankten Stellen, wie sie unser Bild darbietet, finden sich Gegenden mit sehr geringen Veränderungen. Die Stärke der Erkrankung des Nervengewebes entspricht in der Regel derjenigen der Gefässe, sei es, dass erstere durch die letztere bedingt wird, sei es, was mir zunächst wahrscheinlicher ist, dass beide Teilerscheinungen der gleichen Störung sind. Dagegen scheint eine unverbrüchliche Beziehung zwischen der Erkrankung der grossen Hirnarterien und der Rindengefässe nicht zu bestehen; jene können stark arteriosklerotisch verändert sein, während sich in der Rinde nur verhältnismässig geringe Abweichungen erkennen lassen.

Die Nervenfasern gehen in den arteriosklerotisch erkrankten Rindengegenden regelmässig in grossem Umfange zugrunde. Auch im Marke kommt es zu ausgebreitetem und hochgradigem Faserschwunde, sobald die Gefässe desselben stärker verändert sind. Auf diese Weise entstehen Bilder wie die Figur 3 der Tafel VII, die einen Frontalschnitt durch eine Hirnhalbkugel bei Weigerts Markscheidenfärbung darstellt. Wir bemerken hier, dass wenigstens bei schwacher Vergrösserung in der Rinde selbst gar keine Fasern mehr hervortreten, und dass auch im Marke die normale, tief dunkle Färbung vielfach fast völlig verblasst ist, ein Zeichen für den Untergang bedeutender Fasermassen. Der Ausfall ist indessen ein zerstreuter gewesen, ohne dass sich einzelne Faserstränge schärfer abgrenzen liessen. Sehr auffallend sind die zahlreichen weiten Spalten und Lücken, von denen das ganze Mark durchsetzt ist. Sie entsprechen dem Verlaufe der erkrankten Gefässe und zeigen am besten die schweren Zerstörungen, die hier stattgefunden haben. Infolge der durch die Erkrankung bedingten Schrumpfung des Gewebes sind jene Hohlräume überall da entstanden,

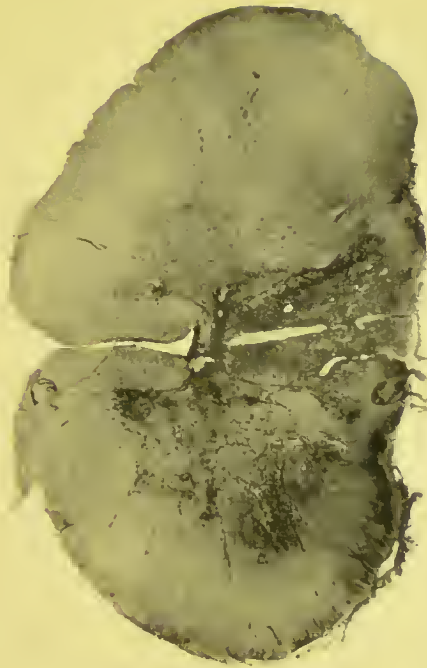


Fig. 1.



Fig. 3.

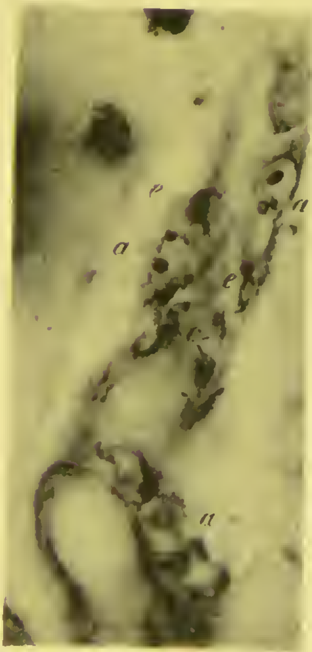


Fig. 2.

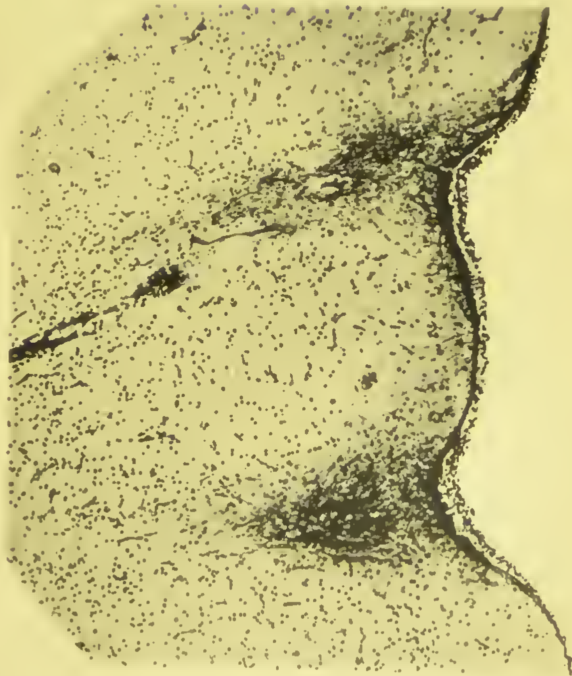


Fig. 4.

1. Paralytisches Rückenmark. 2. Syphilitisch erkranktes Hirngefäss. 3. Subkortikaler Faserschwund bei Arteriosklerose. 4. Herdartige Rindenverödung.

wo eine Lockerung möglich war, in der nächsten Umgebung der starrwandigen Gefässe.

Diejenigen Fälle, bei denen diese letzteren Veränderungen in besonders hohem Grade ausgebildet sind, hat Binswanger unter dem Namen der chronischen subcorticalen Encephalitis beschrieben. Wie es scheint, befällt hier die Arteriosklerose vorzugsweise die Gefässe des Marklagers, während die Rindengebiete weniger stark beteiligt sind. Das atrophische Mark nimmt dabei eine schmutzig-weisse bis grauweisse Färbung an. Klinisch sollen sich diese Formen durch das Auftreten mannigfacher, eng umgrenzter Herderscheinungen auszeichnen, schliesslich aber zu den allerschwersten Blödsinnszuständen führen. Da die Herde in den verschiedensten Gegenden des Hirnstammes bis zur Brücke hinunter ihren Sitz haben können, finden sich auch Degenerationen in den Pyramidenbahnen des Rückenmarks.

Als eine weitere, vorläufig besser anatomisch als klinisch gekennzeichnete Form der arteriosklerotischen Hirnerkrankung hat Alzheimer die perivaskuläre Gliose abgegrenzt. Es handelt sich dabei um die Beschränkung der Rindenverödung auf das Ausbreitungsgebiet bestimmter, besonders stark erkrankter Gefässe. Er stellt sich vor, dass sich hier bei umschriebener ungenügender Blutversorgung schleichend ein ähnlicher Vorgang entwickelt, wie wir ihn bei raschem Verschlusse eines Gefässes sich in der Form der Erweichung abspielen sehen, Einschmelzung des Nervengewebes unter Auftreten von Körnchenzellen und Ersatz desselben durch Gliawucherungen. Starkes Hervortreten einzelner, sich ganz allmählich herausbildender Ausfallserscheinungen in dem klinischen Bilde könnte wohl die Vermutung eines derartigen Sitzes der krankhaften Veränderungen rechtfertigen.

Die arteriosklerotischen Erkrankungen entwickeln sich in der Regel erst in höherem Alter, etwa um das 60. Lebensjahr herum, doch beginnen einzelne Fälle schon vor dem 50. Jahre. Hier scheint oft eine erbliche Veranlagung zu Gefässerkrankungen vorzuliegen; Eltern oder Geschwister sind ebenfalls an Schlaganfällen gestorben. Von sonstigen ursächlichen Einflüssen kommt namentlich der Alkoholmissbrauch und die Syphi-

lis in Betracht, die auch das Auftreten dieser nicht spezifischen Gefässerkrankungen zu begünstigen scheint. In höherem Alter verbindet sich die Arteriosklerose häufig mit den eigentlich senilen Erkrankungen des Nervengewebes, die an sich von der Gefässerkrankung unabhängig sind. Alzheimer hat derartige Fälle unter dem Namen der „senilen Hirnverödung" beschrieben. Die Gefässerkrankung betrifft hier vorzugsweise die von der Pia eindringenden Rindengefässe und führt zur Entwicklung keilförmiger, etwas eingesunkener Herde mit Untergang des Nervengewebes und Gliawucherung, die gewöhnlich im Verbreitungsbezirke bestimmter Arterien liegen.

Die Verschiedenartigkeit des Sitzes und der Ausbreitung der arteriosklerotischen Gefässerkrankungen bedingt, wie wir sahen, eine grosse Mannigfaltigkeit von Krankheitsbildern, die sich alle aus körperlichen und psychischen Störungen zusammensetzen. Ihre Abgrenzung untereinander ist schon deswegen sehr schwierig, weil auch die anatomischen Veränderungen naturgemäss alle möglichen Übergänge zwischen den einzelnen Formen aufweisen; sie hat auch vorderhand keine praktische, sondern nur wissenschaftliche Bedeutung. Dagegen ist es wichtig, die arteriosklerotischen Rindenerkrankungen von den Verblödungen ganz anderen Ursprungs mit Lähmungserscheinungen scharf zu unterscheiden, namentlich von der Paralyse und den syphilitischen Hirnleiden.

Gegenüber der Paralyse ist zunächst auf das durchschnittlich erheblich höhere Lebensalter der Kranken hinzuweisen, ein Umstand, der allerdings im einzelnen Falle nicht immer zu verwerten ist. Sodann aber ist festzuhalten, dass die Paralyse eine diffuse Erkrankung des Rindengewebes darstellt, während bei der Arteriosklerose doch meist mehr oder weniger deutlich das Vorhandensein zahlreicher einzelner, zerstreuter Herde erkennbar bleibt. Dem entsprechend tritt bei der Paralyse die allgemeine psychische Veränderung gegenüber den körperlichen Zeichen von vornherein viel stärker in den Vordergrund. Die Kranken sind benommen, unklar, urteilslos, bevor noch die Lähmungserscheinungen besonders deutlich hervortreten, während bei der Arteriosklerose die Schlaganfälle vielfach erst den Ausgangspunkt der psychischen Störungen bil-

den. Die Merkstörung pflegt bei arteriosklerotischen Kranken stärker zu sein, als die Gedächtnisstörung; bei der Paralyse sind beide Störungen meist gleich deutlich oder gar im umgekehrten Verhältnisse ausgebildet. Die Stimmung ist in der Paralyse weit lebhafter depressiv oder expansiv gefärbt; bei der Arteriosklerose ist sie meist eigentümlich stumpf und leer, oder sie hält sich im Rahmen hypochondrischer Niedergeschlagenheit und unbestimmter Angst; dem strahlenden Glücksgefühl der Paralytiker begegnen wir hier niemals. Auch reicher entwickelte Wahnbildungen, insbesondere Grössenideen, fehlen, ganz im Gegensatze zur Paralyse. Recht bezeichnend tritt dieser Unterschied hervor, wenn man die Kranken veranlasst, die Lücken ihrer Erinnerung durch freie Erfindungen auszufüllen. Während man die Paralytiker dabei in der Regel zu bunter Ausschmückung und fortschreitender Steigerung ihrer Scheinerlebnisse bringen kann, bleiben die Konfabulationen bei der Arteriosklerose dürftig, ohne eigene Zutaten, und gehen nicht über das Mass einfacher Verlegenheitsausreden hinaus. Auf der anderen Seite finden wir bei diesen Kranken oft merkwürdige Schwankungen der Leistungsfähigkeit; sie verraten plötzlich noch ungeahnte Kenntnisse, lösen in überraschender Weise eine schwierige Aufgabe, obgleich sie zu anderen Zeiten vielleicht schon weit verblödet erschienen. Solche bei der Paralyse ungleich seltenere Erfahrungen deuten darauf hin, dass es sich hier vielfach noch nicht um ein völliges Erlöschen der geistigen Fähigkeiten, sondern nur um eine mangelhafte Beherrschung derselben handelt. Dem entsprechend zeigen die Kranken meist auch eine sehr grosse Ermüdbarkeit, wie sie uns bei den Paralytikern nicht begegnet. Endlich können auch dauernd einzelne Leistungen im Vergleich zu der sonst hochgradigen Verblödung auffallend gut erhalten bleiben. Manche Kranke sind über ihre Umgebung bis zuletzt im klaren, freuen sich jedesmal lebhaft bei Besuchen ihrer Angehörigen, behalten ein ausgeprägtes Gefühl ihrer geistigen und körperlichen Hilflosigkeit. Sie bieten, wie es die Franzosen ausdrücken, das Bild einer „Démence lacunaire“, eines aus vielen umschriebenen Ausfallserscheinungen sich zusammensetzenden Schwachsinns dar, während wir in der Paralyse eine „Dé-

mence globaire“, eine das ganze Gebiet der psychischen Leistungen gleichmässig umfassende Verblödung vor uns haben.

Ähnliche Unterschiede finden sich im Bereiche der körperlichen Krankheitszeichen. Bei der Arteriosklerose sind die Herderscheinungen stärker ausgebildet und hartnäckiger, umschriebene Lähmungen mit Spasmen und Kontrakturen, Aphasie, Asymbolie, Worttaubheit, Seelenblindheit, Hemianopsie, stereognostische Störungen. Die Sprachstörung ist mehr eine paretische; in der Schrift überwiegen die einfachen Auslassungen und die paragraphischen Störungen über die ataktischen und die Buchstabenversetzungen. Häufig begegnen wir perseveratorischen Erscheinungen. Die Pupillenreaktion bleibt meist erhalten. Endlich werden auch die äusserlich erkennbaren Zeichen der Arteriosklerose an den Arm-, Schläfen- und Netzhautgefässen, am Herzen und im Harnbefunde Anhaltspunkte für die Deutung des Zustandes liefern können, wenn auch die Erkrankung der Rindengefässe bald viel schwächer, bald aber auch weit stärker sein kann, als im übrigen Körper. In den ersten Abschnitten der Krankheit, in denen die Unterscheidung von der Paralyse besonders wichtig ist, wird immer das starke Vorherrschen der allgemein körperlichen wie der nervösen Störungen gegenüber den wenig ausgesprochenen, oft mehr vom Kranken selbst, als von seiner Umgebung bemerkten psychischen Veränderungen für die Annahme einer Arteriosklerose sprechen.

Vom einfachen syphilitischen Schwachsinn lassen sich die leichteren Formen der Arteriosklerose ungemein schwer abgrenzen. Wenn nicht das Lebensalter, die Vorgeschichte und unter Umständen ein Behandlungserfolg die Entscheidung nahe legt, so wird namentlich der im ersteren Falle meist weit langsamer fortschreitende Verlauf zu beachten sein. Im Zustandsbilde des luetischen Schwachsinns scheint mir ferner die Störung des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit weniger ausgesprochen zu sein; die Herderscheinungen sind einförmiger, weit weniger mannigfaltig und wechselnd, als bei der Arteriosklerose; auch die Vorliebe für Augenmuskellähmungen, Sehnervenerkrankungen, Pupillenstarre kann für die Unterscheidung ins Gewicht fallen, ebenso natürlich der Nachweis syphi-

litischer Krankheitszeichen am übrigen Körper. Auch der syphilitischen Pseudoparalyse fehlt der stetig fortschreitende Verlauf, der den mit ihr vergleichbaren schweren arteriosklerotischen Erkrankungen zukommt. Auf psychischem Gebiete zeigt sie ungleich reicher entwickelte Krankheitsbilder, deren mannigfaltigen Wahnbildungen und namentlich Sinnestäuschungen wir bei der Arteriosklerose niemals begegnen. Der gesamte Grad des Schwachsinns, der dort erreicht wird, pflegt erheblich geringer zu sein; insbesondere ist die Orientierung, die Besonnenheit und das Gedächtnis regelmässig weit weniger gestört, als bei der Arteriosklerose. Auch hier handelt es sich um eine „lacunäre“ Demenz, aber der Ausfall wird auch bei langer Dauer der Krankheit fast niemals so gross wie bei der Arteriosklerose, bei der schliesslich die einzelnen Lücken in den psychischen Leistungen nahezu oder völlig zusammenfliessen. Hinsichtlich der körperlichen Begleiterscheinungen gelten für die Abgrenzung die gleichen Gesichtspunkte wie bei den leichteren Formen beider Erkrankungen.

Die Behandlung der beginnenden Arteriosklerose erfordert vor allem Ruhe, Entfernung von den Geschäften, Vermeidung gemütlicher Erregungen und aller Genussmittel, die auf die Gefässe wirken, namentlich des Alkohols, starken Kaffees und Thees, übermässigen Tabakrauchens. Auch grosse körperliche Anstrengungen, Bergsteigen, Schwimmen, Radfahren, sind durchaus zu meiden, während mässige Bewegung im Freien zweckmässig erscheint. Ob die Darreichung von Jodkalium oder, wie es im Hinblicke auf die Verkalkungen empfohlen wurde, von kalkarmer Kost und von milchsaurem Natron, geeignet ist, die Gefässerkrankung aufzuhalten, dürfte recht zweifelhaft sein. Die späteren Abschnitte des Leidens erfordern wegen der Unbesinnlichkeit und Hinfälligkeit der Kranken oft eine sehr sorgfältige Pflege, in der die Bettruhe, das Polsterbett, bei Neigung zum Druckbrand auch die Dauerbäder eine Hauptrolle spielen. Im übrigen wird man sich auf die Sorge für regelmässige Nahrungsaufnahme, Reinlichkeit und Schlaf, auf den Schutz vor Verletzungen und die Überwachung der Herztätigkeit zu beschränken haben.

Ob die Reihe von diffusen Rindenerkrankungen mit den

bisher aufgezählten Formen erschöpft ist, darf billig bezweifelt werden. Wir begegnen oft genug vereinzelten Krankheitsfällen, die in dieses Gebiet zu gehören scheinen und sich doch weder klinisch noch anatomisch in eine der bekannten Gruppen einordnen lassen. So möchte ich hier ganz kurz ein eigenartiges Krankheitsbild erwähnen, das mir in den letzten Jahren, wie ich glaube, mehrmals vorgekommen, aber rätselhaft geblieben ist. Es handelte sich jedesmal um Männer, die dem 50. Lebensjahre nahe standen, und die, bisweilen nach leichteren Vorboten, plötzlich mit lebhafter Erregung und ganz an die Paralyse erinnernden Grössenideen erkrankten. Einer war Deutscher Kaiser, wollte das Deutsche Reich kaufen, ein anderer besass für 80 Milliarden Juwelen, ein dritter 200000 Mark. Die Kranken waren ausgesprochen ablenkbar, ideenflüchtig, gaben nur kurze, abgerissene, zunächst sinngemässe, später ablehnende und zusammenhangslose Antworten. Die Orientierung schien annähernd erhalten zu sein; Sinnestäuschungen liessen sich nicht nachweisen. Die Erregung wuchs rasch zu sehr hohen Graden an; es entwickelte sich ein ganz einförmiger, sinnloser Bewegungsdrang, Wischen, Wälzen, Gesichterschneiden, Schütteln, Klettern. Zugleich wurde die Sprache ganz undeutlich, verwaschen, so dass von den fortwährend vor sich hin schwatzenden Kranken kaum ein einzelnes Wort zu verstehen war. Dabei schien die Auffassung gut erhalten zu sein; die Kranken reagierten auf Einwirkungen rasch, aber unsinnig, mit absonderlichen Geberden oder abgerissenen, zusammenhangslosen Lauten. Irgendwelche paralytischen Zeichen fehlten vollständig. Dieser Zustand dauerte viele Monate, in einem Falle nahezu 2 Jahre lang, ganz unverändert an. Einmal erfolgte Ausgang in eine mässige, stumpfe Verblödung; bei einem anderen Kranken entwickelte sich neben den Zeichen des Schwachsinns ein Stuporzustand, der noch andauert. Bei drei dieser Kranken traten plötzlich schwere Anfälle von Bewusstlosigkeit mit Krampferscheinungen auf, denen zwei derselben erlagen. Der Leichenbefund ergab schwere und ausgebreitete mikroskopische Veränderungen an den Nervenzellen, Markfaserschwund, Wucherung der Gliazellen ohne Neubildung von Fasern, Gefässveränderungen, aber weder den

Befund der Paralyse, noch denjenigen der Katatonie oder Arteriosklerose. Alle diese Kranken waren nacheinander für manisch, paralytisch oder katatonisch gehalten worden; der Verlauf, Ausgang und anatomische Befund hat gelehrt, dass keine dieser Krankheiten vorlag, obgleich das klinische Bild von jeder Andeutungen enthielt, die Ablenkbarkeit, die gehobene Stimmung und die Ideenflucht einerseits, den sinnlosen, einförmigen Bewegungsdrang und das ablehnende Verhalten andererseits, endlich die Anfälle, die Grössenideen, die verwaschene Sprache. —

Da wir allen Grund haben, anzunehmen, dass die psychischen Vorgänge an die Tätigkeit sehr ausgebreiteter Hirngebiete geknüpft sind, werden wir uns nicht über die Erfahrung wundern, dass umschriebene Hirnerkrankungen durchaus nicht immer, sondern nur dann Geistesstörungen verursachen, wenn sie auf irgend eine Weise grössere Rindenabschnitte in Mitleidenschaft ziehen, sei es durch örtliche oder allgemeine Drucksteigerung, durch Kreislaufsstörungen, Bildung giftiger Zerfallstoffe. In erster Linie kommen hier die Hirngeschwülste in Betracht. Gianelli fand, dass unter 318 Fällen von Geschwülsten der Grosshirnhalbkugeln bei 209 psychische Störungen auftraten. Man sollte erwarten, dass sie dann Beeinträchtigungen des Seelenlebens erzeugen, wenn sie ihren Sitz im Träger desselben, in der Hirnrinde haben. Wo die Rinde nicht in grösserer Ausdehnung beteiligt ist, oder wo die Geschwulst sehr langsam wächst, können psychische Begleiterscheinungen ausbleiben. Allerdings findet man sie bisweilen wieder bei sehr kleinen, umschriebenen Geschwülsten, doch wird man in solchen Fällen immer die Möglichkeit von chemischen oder entzündlichen Wirkungen auf eine weitere Umgebung, unter Umständen auch von begleitenden andersartigen Rindenerkrankungen in Erwägung zu ziehen haben.

Auf der anderen Seite steht es fest, dass auch solche Geschwülste, die ganz ausserhalb der Hirnrinde gelegen sind, erhebliche psychische Störungen bewirken können. Ja, die Geschwülste des Balkens gehen nach Schusters Zusammenstellung ausnahmslos, diejenigen der Hypophysisgegend in etwa $^2/_3$, diejenigen des Kleinhirns in $^1/_3$, die des Hirnstammes in $^1/_4$ der

Fälle mit psychischen Krankheitszeichen einher. Hier kann es sich wohl wesentlich nur um Fernwirkungen handeln, in erster Reihe um allgemeine Drucksteigerung, Behinderung des venösen Abflusses, Erschwerung der Blutzufuhr. Nur könnte bei den Balkengeschwülsten gewiss auch die Zerstörung zahlreicher Verbindungen zwischen den beiden Rindenhalbkugeln eine wesentliche Rolle spielen. Im allgemeinen wird demnach die Wirkung der den Rindengebieten ferngelegenen Geschwülste auf die Seelenvorgänge von der Grösse abhängen, die sie erreichen können, ohne das Leben zu vernichten, richtiger vielleicht noch von der Raumbeengung, die sie in der Schädelhöhle bedingen. Wie wichtig dieser letztere Umstand ist, geht aus der Erfahrung hervor, dass selbst umfangreiche Geschwülste trotz Beteiligung der Hirnrinde gelegentlich fast ohne psychische Erscheinungen verlaufen können, wenn sie das Gewebe langsam zerstören, nicht verdrängen. Einer meiner Kranken, dem eine über faustgrosse, im Anschlusse an ein Trauma aufgetretene tuberkulöse Geschwulst den grössten Teil des rechten Stirnhirns mit der Rinde vernichtet hatte, bot bis wenige Tage vor seinem Tode keinerlei Störung der Besonnenheit und des Verstandes dar, nur eine mässige, von dem Kranken selbst bemerkte Gedächtnisschwäche. Dagegen sehen wir häufig genug auch Geschwülste der Hirnhäute ausgeprägte psychische Störungen hervorrufen, sobald sie ausgebreitete örtliche oder allgemeine Druckwirkungen ausüben.

Auf eine verschiedene Wirkungsweise der nahe oder fern von der Rinde gelegenen Geschwülste deutet vielleicht auch die von Schuster aus seinen Zusammenstellungen abgeleitete Erfahrung hin, dass den ersteren in der Regel viel reicher entwickelte psychische Krankheitsbilder entsprechen, während die letzteren auffallend häufig eine einfache, fortschreitende Abnahme der psychischen Leistungen bewirken. Hier stehen die Zeichen einer Rindenlähmung im Vordergrunde, während sich dort mannigfache Reizerscheinungen hinzugesellen können.

Im einzelnen bietet die Gestaltung der psychischen Krankheitsbilder, wie das bei der Verschiedenheit der ursächlichen Verhältnisse kaum anders erwartet werden kann, eine grosse Verschiedenheit dar. Bei weitem am häufigsten, in 423 von

775 Fällen psychischer Störung bei Hirngeschwülsten, die Schuster gesammelt hat, entwickelt sich eine allmählich wachsende psychische Schwäche. Die Kranken werden schlaff, unaufmerksam, vergesslich, gedankenarm, gleichgültig, ermüden leicht, verlieren mehr und mehr Neigung und Fähigkeit zu andauernder Tätigkeit. Obgleich zunächst vielleicht die früher erworbenen Leistungen, das Gedächtnis und Urteil, nicht tiefer gestört sind, kostet dem Kranken jede geistige Leistung doch eine unverhältnismässige Anstrengung. Er zeigt eine gewisse Schwerfälligkeit und Benommenheit, die sich zeitweise bis zur Schlafsucht steigern kann. Dazu gesellen sich je nach Sitz und Ausbreitung der Geschwulst die verschiedenartigen Reizungs- und Ausfallserscheinungen, Anfälle, Krämpfe, Lähmungen, aphasische, hemianopische Störungen u. s. f. Wo dieselben fehlen oder wenig ausgeprägt sind, wie das öfters bei Stirnhirngeschwülsten der Fall ist, kann sich das klinische Bild sehr demjenigen einer dementen Paralyse nähern. Für die Unterscheidung wird in solchen Fällen namentlich das Fehlen der reflektorischen Pupillenstarre und der eigenartigen paralytischen Sprachstörung zu beachten sein.

Von sonstigen Krankheitszeichen sind nach Schusters Zusammenstellung am häufigsten gesteigerte Reizbarkeit mit vorübergehenden heftigeren Erregungen, ferner Depressionszustände mit Versündigungs- und Verfolgungsideen. Geschwülste der hinteren Rindenabschnitte scheinen gern delirante Zustände mit Sinnestäuschungen zu erzeugen, obgleich sonst psychische Störungen bei diesem Sitze nicht so häufig sind wie bei Stirnhirngeschwülsten. Auch bei Kleinhirngeschwülsten sah ich wiederholt sehr deutliche Sinnestäuschungen auftreten und zwar auf Gebieten, die für die gesunden Sinnesreize unerregbar geworden waren. Ein derartiger, blinder Kranker, der allerdings Trinker war, glaubte weite Reisen zu machen, sah bunte Gegenden und kleine Schnapsgläser vor sich, nach denen er griff; ein anderer, kein Trinker, sah trotz völliger Atrophie der Sehnerven ebenfalls monatelang wechselnde „Bilder“ und hörte bei allmählich fortschreitender und schliesslich vollständiger Taubheit sehr häufig seinen Namen und allerlei Schimpfworte rufen.

Gar nicht selten trifft man bei Hirngeschwülsten eine auffallend heitere Stimmung, die zu der Hinfälligkeit der Kranken und der Hoffnungslosigkeit ihres Zustandes in grellem Widerspruche steht. Sie kann bisweilen mit erhöhter Ablenkbarkeit, leichter Ideenflucht, Redseligkeit, Erregung einhergehen, trägt aber häufiger den Stempel einer leeren, kindischen Heiterkeit mit der Neigung zu Scherzreden, Witzeleien, albernen Streichen. Aus Schusters Zusammenstellung scheint hervorzugehen, dass derartige Störungen vorwiegend bei Stirnhirngeschwülsten beobachtet werden. Besondere Beachtung verdienen endlich noch diejenigen Fälle von Hirngeschwülsten, bei denen sich hysterische Krankheitszeichen entwickeln, namentlich Krämpfe mit den bekannten Begleiterscheinungen, psychogene Erregungszustände, unter Umständen auch einzelne Lähmungen oder Empfindungsstörungen. Es gibt Beobachtungen genug, in denen derartige Krankheitserscheinungen die Zeichen der Hirngeschwulst verdeckt und zu der Fehldiagnose Hysterie geführt haben. Die Erkennung des wirklichen Leidens wird hier wie bei allen übrigen aufgeführten Krankheitsbildern immer nur aus den körperlichen Zeichen möglich sein, soweit sie die Annahme einer Herderkrankung von bestimmtem Sitze wahrscheinlich machen. Dass gegenüber der Hysterie der Nachweis der Stauungspapille und das Auffinden solcher Störungen von besonderer Wichtigkeit ist, die nicht psychogenen Ursprungs sein können, bedarf keiner weiteren Erörterung. Auch auf die Möglichkeiten der Behandlung hier näher einzugehen, ist nicht unsere Aufgabe. In Betracht kommt nur die Einleitung einer antiluetischen Kur bei Gummigeschwülsten, ferner in jenen Fällen, in denen die sichere Erkennung des Sitzes möglich und zugleich dieser Sitz zugänglich ist, ein operativer Eingriff.

Hirnabscesse können lange Zeit ohne jegliche psychische Störungen verlaufen, namentlich, wenn sie sich sehr langsam entwickeln. Ich sah einen Schreiber, der bis zum Eintritte in die Abteilung seinen Dienst getan hatte, dann aber unter den Erscheinungen leichter Benommenheit und mit Krampfanfällen erkrankte, die auf das täuschendste hysterischen glichen. Als er 3 Wochen später in einem solchen

Anfalle starb, fand sich ein apfelgrosser Abscess im linken Hinterhauptslappen. Bei frischen traumatischen Abscessen pflegt die Benommenheit im Vordergrunde des Krankheitsbildes zu stehen. Die Kranken verstehen ihre Umgebung und die an sie gerichteten Anreden nicht, geben ganz verkehrte Antworten, sind teilnahmlos, unruhig, widerstrebend, delirieren bisweilen in traumhaft zusammenhangsloser Weise. Dazu können sich dann noch Katalepsie, aphasische Störungen, Rindenepilepsie, Pulsverlangsamung, Cheyne-Stockessches Atmen und andere Reizerscheinungen gesellen.

Die psychischen Störungen bei Hirnblutungen, Embolien, Thrombosen sind in der Regel nur zum kleinen Teil von der örtlichen Erkrankung abhängig. In unmittelbarem Anschlusse an den Schlaganfall sind die Kranken meist benommen, desorientiert, verwirrt, verkennen ihre Umgebung, begehen allerlei verkehrte Handlungen. Bisweilen treten vorübergehend lebhafte Erregungszustände mit lautem Schreien, Fortdrängen, Widerstreben auf. Diese akuten Störungen pflegen sich im weiteren Verlaufe wieder zu verlieren, aber es machen sich zugleich die Zeichen jener allgemeinen Gefässerkrankungen bemerkbar, die in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Ursache der Blutung oder Gefässverstopfung bilden, namentlich der Arteriosklerose oder der luetischen Endarteriitis. Anders liegt die Sache bei Embolien, die ihren Ausgang aus anderen Teilen des Körpers nehmen. Hier kann eine dauernde Abschwächung der psychischen Leistungen völlig ausbleiben, auch wenn sie zunächst vielleicht durch das Hineinspielen aphasischer und paraphasischer Störungen vorgetäuscht wird. So stellte sich bei einem jugendlichen Herzkranken meiner Beobachtung, der eine wahrscheinlich embolische, linksseitige Hemiplegie mit Hemianaesthesie, Hemianakusie, Abducens- und Trigeminus-Lähmung, Gesichtsfeldeinschränkung, kurz darauf aber noch eine mit Krämpfen auftretende rechtsseitige Hemiparese erlitt, ein eigentümlicher Agrammatismus ein, der ihn vollständig kindisch erscheinen liess, da er ohne jede Konstruktion nur in Infinitivsätzen nach Art der Kinder sprach. Als sich diese Störung nebst sämtlichen übrigen Krankheitszeichen allmählich verlor und er mit einer gewissen Anstrengung auch die immer noch vor-

handene Neigung zum Reden in Infinitiven überwinden konnte, ergab sich, dass der Verstand vollkommen erhalten war und sogar nicht unbeträchtlich über das Mittelmass hinausging.

Eine besondere, recht wichtige hierher gehörige Gruppe stellen endlich die durch schwere Kopfverletzungen*) erzeugten Geistesstörungen dar. Auch dann, wenn wir dabei nicht mit umschriebenen Erkrankungen der Hirnrinde (Blutungen, Knocheneindrücke, Eindringen von abgesprengten Splittern) zu rechnen haben, scheinen heftige Erschütterungen des Kopfes dauernde und tiefgreifende Veränderungen in den Rindenzellen hervorrufen zu können, über deren Wesen wir allerdings einstweilen noch im unklaren sind. Sodann aber ist noch zu berücksichtigen, dass durch den Gegenstoss Quetschungen und Blutaustritte an Stellen bedingt werden können, die von dem Orte der Verletzung weit entfernt sind, besonders an der unteren Fläche des Hirns, an den Spitzen der Stirn-, Schläfen- oder Hinterhauptslappen. Auch die Schleuderung des leicht beweglichen Blutes in den Gefässen und die Verschiebungen, die durch verschiedene Elastizität der einzelnen Gewebsbestandteile bei dem plötzlichen Anprall verursacht werden, könnten eine Rolle spielen.

Als traumatische Geistesstörungen im engeren Sinne haben wir wesentlich das traumatische Delirium und den traumatischen Schwachsinn auseinanderzuhalten. Dazu käme dann noch die ursächliche Bedeutung der Kopfverletzungen für die Entwicklung der Epilepsie und endlich die sogenannte traumatische Neurose, die wir wegen ihrer eigenartigen Entstehungsweise an einer anderen Stelle zu betrachten haben werden. Die nächste Folge einer schweren Hirnerschütterung pflegt eine mehr oder weniger lange anhaltende Bewusstlosigkeit zu sein, an die sich bisweilen wochenlange Verwirrtheit anschliessen kann. Die Kranken sind schwerfällig in ihrem Denken, vermögen sich zeitlich und örtlich nicht zu orientieren, verstehen ihre Lage nicht und haben gewöhnlich gar keine oder nur sehr unklare Erinnerung an den Unfall, er-

*) Guder, Die Geistesstörungen nach Kopfverletzungen. 1886; Köppen, Archiv f. Psychiatrie, XXXIII, 568.

zählen ihn auch wohl zu verschiedenen Zeiten ganz verschieden. Nicht selten beobachtet man auch rückschreitende Erinnerungslücken. Einer meiner Kranken, der aus einem fahrenden Eisenbahnzuge gestürzt war, erinnerte sich zunächst überhaupt nicht mehr, dass und wohin er hatte fahren wollen; erst im Laufe von Monaten gewann er die Erinnerung bis zum Augenblicke des Sturzes einigermassen wieder. Die Kranken fassen schlecht auf, verlieren leicht den Zusammenhang, können sich nicht recht besinnen, fabulieren. Sie sind reizbar, eigensinnig, unruhig, sogar gewalttätig, öfters weinerlich, sprechen viel, haben kein klares Verständnis für ihre Krankheit, fühlen sich ganz gesund und begreifen nicht, was man von ihnen will. Bei einem meiner Kranken entwickelte sich wenige Tage nach einem gewaltigen Schlage mit dem Stuhlbein auf den Schädel eine monatelang andauernde Benommenheit, in welcher der Kranke nach seiner Angabe „Papier vor den Gedanken hatte". Er wurde in diesem Zustande, aus dem er ziemlich plötzlich mit sehr unklarer Erinnerung erwachte, vom Arzte für blödsinnig gehalten. Unter Umständen lassen sich auch allerlei paraphasische, asymbolische, parapraktische Störungen nachweisen, die sich ganz allmählich wieder zurückbilden. Einer meiner Kranken war einen Monat nach der Kopfverletzung, die wahrscheinlich eine Basisfraktur erzeugt hatte, noch nicht imstande, Bilder richtig zu erkennen, benannte dargereichte Gegenstände falsch, obgleich er sie erkannte, vermochte nicht, einfache Zeichnungen nach der Erinnerung anzufertigen und hängte an einzelne Wörter sinnlose Endungen. Reste dieser Störungen liessen sich noch nach 6 Monaten nachweisen.

In manchen Fällen verlieren sich die unmittelbaren Folgen der Verletzung sehr rasch; nicht einmal eine eigentliche Bewusstlosigkeit braucht zustande zu kommen. Früher oder später aber stellt sich eine ausgeprägte Veränderung des psychischen Gesammtzustandes heraus. Der Kranke ermüdet leicht, wird vergesslich, zerstreut, klagt über Schwindel, Benommenheit, Ohrensausen, Kopfdruck. Er wird reizbar, heftig, zeitweise ängstlich, verstimmt, zeigt meist ein starkes Krankheitsgefühl. Dazu gesellen sich sehr häufig einzelne epileptische Anfälle, sowohl Krämpfe wie Ohnmachten, seltener Dämmer-

zustände, wie ja Hirnerschütterungen auch das Bild der einfachen Epilepsie erzeugen können. In einem von mir beobachteten Falle stellte sich der erste und einzige Krampfanfall 3 Wochen nach der ohne Bewusstlosigkeit verlaufenen Verletzung ein, während die psychische Veränderung erst nach 5 Jahren deutlicher hervortrat. Derartig lange Zwischenzeiten scheinen durchaus nicht ungewöhnlich zu sein. Im weiteren Verlaufe pflegt sich der Zustand nur langsam und in geringem Masse zu ändern. Es kann jedoch unter Umständen zur Entwicklung eines deutlichen, wenn auch meist nicht sehr hochgradigen Schwachsinns kommen. „Der Verstand wächst nicht mit", sagte der Vater eines Jungen, der vor einigen Jahren vom 4. Stockwerk heruntergestürzt war, eine Basisfraktur mit Sehnervenatrophie und Glykosurie davongetragen hatte und nun bei voller Besonnenheit kindisch, reizbar und vergesslich geworden war.

Fast immer finden sich nach schweren Hirnerschütterungen einzelne nervöse Zeichen, die auf eine organische Hirnerkrankung hindeuten. In der ersten Zeit beobachtete ich wechselnde Pupillenstarre; ferner sind ungleiche Innervation der Gesichtshälften, Zittern der Zunge, der Mundmuskulatur, Abweichen der Zunge, namentlich aber starke Steigerung der Sehnenreflexe sehr häufig. Meist besteht besondere Empfindlichkeit gegen Alkohol. In einzelnen Fällen entwickelt sich nach Trauma ein Krankheitsbild, das der Paralyse ähnelt, doch fehlt die dauernde reflektorische Pupillenstarre, die eigenartige Sprachstörung und der verhältnismässig rasch fortschreitende Verlauf. In einigen derartigen Fällen sind ausgebreitete arteriosklerotische Erkrankungen gefunden worden. Echte Paralyse wird durch Kopfverletzungen nicht erzeugt.

Die Behandlung des Irreseins nach Kopfverletzungen wird in frischen Fällen durch operative Beseitigung von Knocheneindrücken und Absprengungen unter Umständen sehr erfolgreich sein können. Dagegen hat die Erfahrung gelehrt, dass beim traumatischen Schwachsinn die Ergebnisse auch dann weit weniger günstige sind, wenn Knocheneindrücke, Narbenschmerzen, halbseitige Krämpfe auf einen bestimmten Sitz des Leidens hinweisen. Meist erreicht hier die Trepanation mit Ent-

fernung der erkrankten Teile nur eine vorübergehende Besserung; nach einiger Zeit pflegt sich der frühere Krankheitszustand wieder herauszubilden. Wir müssen daraus schliessen, dass es sich in solchen Fällen tatsächlich nicht um eine eng abgegrenzte, sondern um eine ausgebreitete Veränderung in der Hirnrinde handelt, welche sich durch den örtlichen Eingriff nicht mehr beseitigen lässt.

VIII. Das Irresein des Rückbildungsalters.

Als Irresein des Rückbildungsalters wollen wir alle diejenigen Geistesstörungen zusammenfassen, die in ursächlichen Beziehungen zu den allgemeinen Altersveränderungen stehen. Ohne Zweifel gibt es eine Reihe von psychischen Erkrankungen, die in den verschiedensten Lebensabschnitten auftreten können, und wir beobachten daher in den Rückbildungsjahren die mannigfachsten Störungen ohne jede besondere Beziehung zum Lebensalter, wie etwa das infektiöse oder alkoholische Irresein. Manche andere Psychosen kommen aus äusseren oder inneren Gründen in jener Zeit häufiger vor, als sonst, so die Paralyse und auch die manisch-depressiven Erkrankungen. Endlich aber ist es unzweifelhaft, dass sich in der Zeit des körperlichen Niederganges ganz bestimmte Formen des Irreseins einstellen, die in ihrer klinischen Gestaltung den Ursprung aus den Rückbildungsvorgängen verraten. In besonderem Masse gilt das für das eigentliche Greisenalter; aber auch schon vorher, vom 5. Lebensjahrzehnte an, beginnen sich die ersten Zeichen auch des geistigen Rückganges in dem Auftreten eigenartiger Formen des Irreseins bemerkbar zu machen. Eine scharfe Grenze lässt sich natürlich zwischen diesen beiden Lebensabschnitten nicht ziehen. Immerhin tragen die Geistesstörungen der Rückbildungsjahre im engeren Sinne trotz mancher gemeinsamer Züge doch ein etwas anderes Gepräge, als diejenigen des eigentlichen Greisenalters. Ihre kennzeichnende Erkrankungsform ist in erster Linie die Melancholie; daneben werden wir noch kurz den eigenartigen praesenilen Beeinträchtigungswahn zu schildern haben. Den letzten Abschnitt dagegen bilden die verschiedenartigen Gestaltungen des Altersblödsinns.

A. Die Melancholie.*)

Mit dem Namen der Melancholie bezeichnen wir alle krankhaften ängstlichen Verstimmungen der höheren Lebensalter, welche nicht Verlaufsabschnitte anderer Formen des Irreseins darstellen. Ausser der gemütlichen Störung gehören zum Krankheitsbilde der Melancholie regelmässig noch Wahnbildungen, namentlich Versündigungswahn, aber auch Verfolgungsideen und hypochondrische Vorstellungen. Die Entwicklung der Krankheit vollzieht sich allmählich, nachdem meist bereits Monate, bisweilen selbst Jahre lang allerlei unbestimmtere Anzeichen voraufgegangen sind, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Verstopfung, Mattigkeit, Schwere in den Gliedern, Herzklopfen, Ohrensausen, Arbeitsunlust. Die Kranken werden niedergeschlagen, verzagt, weinerlich, ängstlich; wüste Gedanken steigen ihnen auf, Sorgen, Befürchtungen, Zweifel, Selbstquälereien. Sie fühlen sich schwer krank, dumm im Kopf, sind zerstreut, vergesslich, bringen nichts mehr fertig, jammern und wehklagen. Freilich schieben sich dazwischen einzelne freiere Tage oder Stunden ein, allein allmählich stellt sich immer klarer heraus, dass die vielleicht zunächst als Folge eines traurigen Ereignisses aufgefasste Verstimmung krankhafte Ausdehnung gewinnt.

Vor allem zeigt sich sehr bald die Entwicklung der dem melancholischen Krankheitsbilde besonders eigentümlichen Versündigungsideen. Bisweilen klagen sich die Kranken nur in allgemeinen Ausdrücken an. Sie seien schlecht, nichts mehr wert, Scheusale, mit Bosheit angefüllt, haben Fehler begangen, etwas angestellt, dumme Streiche gemacht, betrogen, Unkeuschheit getrieben, nicht gelebt, wie sich's gehört. Meist aber knüpfen sich die Selbstanklagen an bestimmte, aber mehr oder weniger harmlose, oft sehr weit zurückliegende Erlebnisse an. So führte ein 59 Jahre alter Kranker an, er habe als Junge „Äpfel und Nüss'" gestohlen, „einer Kuh an der Natur herum-

*) v. Krafft-Ebing, Die Melancholie; Christian, étude sur la mélancolie. 1876; Voisin, de la mélancolie. 1881; Dumas, Les états intellectuels dans la mélancolie. 1895; Roubinowitsch et Toulouse, la mélancolie. 1897.

gespielt". Das Gewissen regt sich; „freilich wär's besser gewesen, wenn es sich schon früher geregt hätte", meinte er auf meinen Einwand, dass er sich doch bis dahin über die vermeintlichen Sünden keine Gedanken gemacht habe. Andere haben einmal einen Bettler unfreundlich abgewiesen, den Rahm von der Milch abgeschöpft, bei einer Erkrankung nicht rechtzeitig den Arzt gerufen, den Tod eines Angehörigen durch mangelhafte Pflege verschuldet, keine Geduld im Kindbett gehabt, unrichtige Aussagen gemacht, jemanden beim Kauf übervorteilt, im Amte nicht ihre volle Kraft eingesetzt. Durch das Mieten einer Wohnung, das Unternehmen eines Neubaues, einen unbedachten Kauf, einen Selbstmordversuch haben sie ihre Familie ins Elend gebracht; sie hätten nicht in die Anstalt gehen sollen, dann wäre alles ganz anders gekommen. In ganz vereinzelten Fällen liegen auch wirkliche ernstere Verschuldungen zugrunde, mit denen sich der Kranke in gesunden Tagen längst abgefunden hatte, die aber nun von neuem drohend in seiner Erinnerung auftauchen. Häufig spielen die Selbstanklagen in das religiöse Gebiet hinüber. Der Kranke kann nicht mehr so beten wie früher, hat den Glauben, den Segen Gottes, die ewige Seligkeit verloren, die Sünde wider den heiligen Geist begangen, die Kirche nicht fleissig besucht, das Göttliche verkauft, nicht genug Lichter geopfert, ist vom Herrgott abgefallen, vom Teufel besessen; der Geist Gottes hat ihn verlassen; der böse Feind hat ihn holen wollen. Ihm ist, als dürfe er nicht in die Kirche hinein; er muss mit der Sündenschuld in die Ewigkeit gehen, arme Seelen erlösen.

Einen guten Einblick in den Seelenzustand solcher Kranken gewährt der nachfolgende Ausschnitt aus dem Briefe einer verheirateten Bäuerin an ihre Schwester:

„Ich will Dir mitteilen, dass ich den Kuchen erhalten habe. Ich danke vielmal, bin aber nicht wert, Du hast es auf meinem Kind sein Sterbetag geschickt, denn mein Geburtstag bin ich nicht wert; ich muss mich fast tot weinen; ich kann nicht leben und nicht sterben, weil ich so gefehlt hab', bring mein Mann und Kinder in die Höll. Wir sind all verloren; wir sehn einander nicht mehr; ich komme ins Zuchthaus und meine 2 Mädchen auch, wenn sie sich keinen Tod antun, weil sie in meinem Leib geboren sind. Wenn ich nur ledig geblieben wäre! Ich bring meine Kinder

all in die Verdammnis, 5 Kinder! Zu wenig in mein Hals geschnitten, lauter unwürdige Beichte und Kommunion; ich bin gefallen und ist mir in meinem Leben nicht eingefallen; ich bin schuld, dass mein Mann gestorben ist und noch viele. Den Brand in unserem Ort hat Gott brennen lassen wegen mir; die vielen Leute bring ich in die Anstalt . . . Mein guter braver Johann war so fromm und muss sich's Leben nehmen; er hat 19 Mark bekommen am weissen Sonntag, und mit 19 Jahren hat sein Leben ein Ende. Meine 2 Mädchen stehen da, kein Vater, keine Mutter, kein Bruder, und niemand wird sie nehmen wegen ihrer schlechten Mutter. Gott gibt mir alles in den Sinn; ich kann Dir einen ganzen Bogen voll lauter Bedeutung schreiben; Du hast es nicht gesehen, was für Zeichen es getan hat . . . Ich habe gehört, wir brauchen nichts mehr, wir sind verloren . ."

Zu beachten ist neben den ausgeprägten Versündigungsideen die wahnhafte Überzeugung, dass der Mann gestorben sei und der Sohn sich das Leben nehmen müsse, namentlich aber die Neigung, „Zeichen" und „Bedeutungen" herauszufinden, die Gott sendet (19 Mark und 19 Jahre), das Bedauern über das Missglücken eines Selbstmordversuches durch Halsabschneiden, endlich die Bemerkung, dass der Kranken ihre vielen Sünden erst jetzt eingefallen sind.

Griesinger hat das Auftreten von Versündigungsideen aus dem Untergrunde der trüben Verstimmung als eine Art Erklärungsversuch angesehen, den der Kranke unternimmt, um sich über den Ursprung des peinlich empfundenen Unbehagens Rechenschaft zu geben, ähnlich etwa, wie der Gesunde nach einem schweren Schicksalsschlage geneigt ist, über die Fehler und Unterlassungen nachzugrübeln, welche vielleicht das Unheil haben herbeiführen helfen. Es ist wahrscheinlich, dass in der Tat ein tieferer Zusammenhang zwischen Verstimmung und Versündigungswahn besteht, aber schwerlich ist derselbe durch Überlegungen vermittelt. Das lehren am besten die häufigen Fälle, in denen die Kranken sich geradezu gegen die in ihnen zahlreich auftauchenden Selbstvorwürfe mit allen Kräften wehren. Ich habe doch nichts Schlechtes getan, nichts gestohlen, das Vaterland nicht verraten, hört man solche Kranken jammern. Andere fürchten, dass man sie wegen des Todes eines Angehörigen im Verdachte des Giftmordes haben könne („Ist denn Gift gefunden?"), sie vor Gericht stelle, weil sie über den Kaiser geschimpft, ein Attentat geplant haben sollen.

Für den gemeinsamen Ursprung der Versündigungsideen und der Verstimmung aus einer krankhaften Veränderung des Gesamtzustandes spricht ferner auch die häufige Beobachtung, dass die Selbstanklagen sich fortlaufend an alle Handlungen und Erlebnisse des Kranken anknüpfen. Er merkt, dass er immer neue Fehler begeht, so dumm daherredet, alle beleidigt. „Was ich mache, ist verkehrt; ich muss immer alles wieder zurücknehmen, was ich rede.“ Er macht zu viel Mühe, ist schuld, dass die Andern so jammern, fortgebracht werden. „Ich werd' wohl der Täter sein von all dem“, meinte ein Kranker. Er hat alle Mitkranken hereingebracht, muss für alle sorgen, ist für alle verantwortlich, jammert, dass er doch nicht imstande sei, die Anderen zu füttern, den Dienst des Oberwärters zu versehen, für alle zu zahlen. Alle müssen hungern, wenn er isst.

In solchen Fällen gewinnen alle Vorgänge in der Umgebung sofort eine besondere Bedeutung für das eigene Wohl und Wehe. So meinte die oben erwähnte Briefschreiberin, ihr verschlungener Haarknoten bedeute, dass ihr Mann sich erhängt habe, die Halstücher ihrer Nachbarinnen, dass zu Hause die Kinder krank seien. Der Kranke bezieht jede Äusserung der Mitkranken auf sich; dieselben sind unruhig um seinetwillen, beschimpfen ihn, sprechen über seine Angelegenheiten. Der Kranke fühlt sich zuviel da, gehört nicht daher, sollte fort, ist Allen ein Dorn im Auge. Die Anderen missbilligen seine Anwesenheit, empfinden sie als eine Beleidigung, können ihn gar nicht mehr unter sich dulden. Er ist ehrlos, wird ausgelacht, kann sich nicht mehr sehen lassen.

An das bisher gezeichnete Bild des Versündigungswahns schliessen sich nicht selten noch andere depressive Vorstellungskreise an, die nach verschiedenen Richtungen hin entwickelt sein können. Am häufigsten handelt es sich um die Befürchtung schwerer Strafen, die sich gewissermassen als Folgerung aus dem Schuldbewusstsein ergibt. Der Kranke ist so sündhaft und verworfen, dass ihm Gott nicht mehr verzeihen kann; er wird verdammt werden, in die Hölle kommen. Man wird ihn fortschleppen, vor Gericht stellen, ihn ins Zuchthaus sperren, öffentlich preisgeben, hinrichten, ins Feuer, ins

heisse Wasser werfen, ersäufen. Die Leute stehen schon draussen; die Anklageschrift ist schon geschrieben; er ist ganz verlassen, bittet um gnädige Strafe; wie wird's ihm ergehen! Freilich hat er es nicht anders verdient, ist das Essen nicht wert, das man ihm reicht, will gerne büssen für seine Schlechtigkeit, verlangt Gift. Nicht selten schildert er daher seine Fehler in recht lebhaften Farben oder bekennt selbst Dinge, die er gar nicht begangen hat, um die Bestrafung zu erreichen, die ihm die Ruhe seines Gewissens wiedergeben soll. Auch die Angehörigen müssen leiden, werden gemartert; „sie werden doch hoffentlich noch daheim sein?" Die Familie ist eingesperrt; die Kinder verhungern, liegen in Ketten, werden von den Wölfen gefressen; die Tochter muss nackt im Schnee herumirren.

In anderen Fällen tragen die Wahnvorstellungen mehr hypochondrischen Inhalt. Der Kranke glaubt angesteckt zu sein, fürchtet, auch seiner Umgebung dadurch Unheil zu bringen; eine Kranke liess daher das Brot nicht mehr im Hause backen. Krebs und Schlaganfall sind im Anzuge; jede Hoffnung ist verloren; der Kranke muss „verrückt" werden, sein Lebelang in der Anstalt bleiben, sterben, verlangt operiert zu werden. Infolge von alten „Jugendsünden", Onanieren, überstandener Syphilis ist das ganze Nervensystem zerrüttet, die Lunge angegriffen, der Magen vollständig in Unordnung; der Stuhlgang geht nicht mehr; man hat ihn dumm gemacht. Auch die Personen der Umgebung sind geistesgestört und lebensüberdrüssig, werden krank und gelb durch seine garstige Ausdünstung. Endlich erstrecken sich die Befürchtungen häufig auf die äusseren Verhältnisse des Kranken. Es langt nicht mehr; er kann nicht mehr zahlen, hat sein ganzes Vermögen verloren, soll aus dem Amte gejagt werden, muss betteln gehen.

Nicht selten bestehen neben den Wahnvorstellungen einzelne Sinnestäuschungen, freilich meist ziemlich unbestimmter Art. Der Kranke sieht Engel, Kinder, Teufel, Schutzmänner, die ihn holen wollen, erblickt seine Angehörigen als Leichen vor sich; man führt ihm Schreckliches von Hause vor Augen; ein Farbenfleck an der Wand ist ein schnappendes Maul, das den Kindern die Köpfe abbeisst; alles wird ihm vor-

gespiegelt, ganz tolles Zeug. Innere Stimmen fordern ihn zum Selbstmorde auf, machen ihm Vorwürfe: „Du bist schuld, Du bist schuld!“, rufen ihm zu: „Du schlechtes Mensch!“ Im Munde ist ein Dunst wie von Schwefel.

Das Bewusstsein der Kranken ist meist ungetrübt. Abgesehen von den wahnhaften Deutungen, fassen sie die Personen und Vorgänge in ihrer Umgebung richtig auf; die Orientierung bleibt erhalten. Freilich kommt es vor, dass die Kranken glauben, an ganz anderem Orte, nicht in der „richtigen“ Anstalt, bei „richtigen“ Ärzten, sondern im Zuchthause zu sein, dass sie die Mitkranken für Bekannte oder Angehörige halten, Briefe als gefälscht bezeichnen. Allein man überzeugt sich leicht, dass dabei die Wahrnehmung an sich nicht gestört ist. Auch der Gedankengang zeigt keine gröberen Widersprüche und ist zusammenhängend, wenn auch meist sehr einförmig; die Kranken müssen zwangsmässig immer wieder über allerlei traurige Möglichkeiten nachgrübeln. In der Regel besitzen sie ein deutliches Gefühl für die Veränderung, welche die Krankheit erzeugt hat, wenn auch nicht immer die wirklichen Krankheitszeichen als solche klar erkannt werden. Der Kopf ist verfinstert; „ich hab's gerade wie eine Gemütskrankheit“; „Verstand, Vernunft und die 5 Sinne fehlen“. Vorübergehend werden wohl auch einzelne der Wahnvorstellungen von dem Kranken berichtigt; sobald jedoch die gemütliche Erregung steigt, geht die besonnene Überlegung rasch wieder verloren.

Von diesen leichteren Formen der Erkrankung führen allmähliche Übergänge zu einer zweiten, weit weniger zahlreichen und besonders den höheren Lebensaltern angehörenden Gruppe von Fällen, bei der die Wahnbildungen der Kranken einen ganz abenteuerlichen, unsinnigen Inhalt annehmen. Es handelt sich hier um jenes klinische Bild, welches man vielfach unter dem Namen des depressiven Wahnsinns geschildert hat. Die ganze Umgebung erscheint in schreckhafter Weise verändert. Die Häuser machen den Eindruck von Festungen; die Anstalt ist ein Hurenhaus, ein Totenpalast, ein Gefängnis ohne Ausgang und Zugang, in welchem sich fürchterliche Ereignisse abspielen. Jedes Gerät, jeder Vorgang hat

einen grauenerregenden, unheimlichen Anstrich; die Worte der Umgebung enthalten einen versteckten Sinn. Das Essen ist Fleisch und Blut der eigenen Angehörigen, das Licht ein Totenlicht, das Bett ein Zauberbett, der rasselnde Wagen draussen ein Leichenwagen; die Bäume im Walde, die Felsen erscheinen unnatürlich, als wenn sie künstlich gemacht und eigens dort aufgebaut wären. Die Personen, die den Kranken besuchen, sind nicht die richtigen, werden ihm nur vorgemacht; die Ärzte sind nur „Gestalten", ja selbst die Sonne, der Mond, das Wetter sind ganz anders, als früher, und kommen ihm vor wie Blendwerk, dazu bestimmt, ihn noch mehr zu verwirren. Aus allen Wahrnehmungen ziehen die Kranken die absonderlichsten Schlüsse. Fliegende Raben bedeuten, dass die Tochter im Keller zerschnitten wird; der Sohn hat beim Besuche einen schwarzen Schlips getragen, also ist die Kleinste tot.

Der Kranke hat die ganze Welt ins Unglück gestürzt, das Firmament heruntergerissen, die Gnadenquelle fortgetrunken, die Dreifaltigkeit gepeinigt, kann nicht leben vor Schande. Die Häuser fallen ein; Städte und Länder sind um seinetwillen verwüstet worden; jedesmal, wenn er isst, oder wenn er sich im Bette umdreht, wird ein Mensch hingerichtet. In der Nacht schläfert man ihn ein, bringt ihn fort, lässt ihn tolle Streiche begehen, für die man ihn später verantwortlich machen wird, ohne dass er etwas davon weiss. Er ist nicht wert, dass man mit ihm spricht, ihn auch nur ansieht; man soll ihn doch nur erschiessen, in ein finstres Loch werfen, lebendig begraben, ihm die Zunge herausreissen, den Kopf abschlagen; er will sich vom Abfall nähren und auf der Diele schlafen. Man soll ihn in den Fluss werfen, nackt in den Wald hinauslaufen lassen, am besten, wenn es recht schneit und friert. Die Welt geht unter; das jüngste Gericht kommt; die Rache Gottes bricht herein; er wird von einer Million Teufel geholt, auf ein „Extraschaffot" geschleppt, nach Sibirien zu den Eskimos geschickt, an eine Leiche festgebunden, nackt im wilden Wald von den Wölfen zerrissen, in 1000 Stücke zerfetzt; ihm wird die Haut abgezogen; Hände und Füsse werden ihm abgehackt. Die Angehörigen werden vom Pöbel

umgebracht, gekreuzigt, müssen Trillionen von Jahren unter Räubern und Mördern leben; den Kindern ist das Augenwasser herausgelassen worden.

In einzelnen Fällen wird das Krankheitsbild ganz durch sogenannte „nihilistische“ Wahnideen beherrscht. Es ist kein Geld mehr da; es gibt keine Eisenbahnen, keine Städte, keine Ärzte mehr; das Meer läuft aus. Alle Menschen sind tot, verbrannt, verhungert, weil es nichts mehr zu essen gibt, weil der Kranke in seinen ungeheueren Magen alles hineingeschlungen, die Wasserleitung leer getrunken hat. Niemand isst oder schläft mehr; der Kranke ist das einzige Wesen von Fleisch und Blut, allein auf der Welt, nicht mehr da, überhaupt gar nichts mehr. Er hat kein Nachtlager, keinen Namen, kann nicht sterben, nicht totgeschlagen werden, ist so alt wie die Welt, muss ewig herumlaufen. Es wird nicht mehr Nacht; alles ist gefälscht und Schein; die Menschen sind Schatten und Geister; es ist ein ganz anderes Jahrhundert. Einer meiner Kranken hielt die Sonne für künstliche elektrische Beleuchtung und beklagte sich über die Schwäche seiner Augen, weil er die eigentliche Sonne (in der Nacht) nicht sehen könne. Bisweilen gesellt sich dazu die Vorstellung häufiger Ortsveränderung. „Ich bin wieder da“, sagte eine Kranke bei jeder Visite, da sie meinte, sie werde immer fortgeführt, sei jede Stunde an einem anderen Ort.

Häufig sind ferner gerade hier unsinnige hypochondrische Vorstellungen. Das Essen fällt zwischen den Därmen herunter in den Hodensack; der Teufel hat das Gehirn herausgenommen; im Schädel ist Dreck; die Adern sind eingetrocknet, mit Gift gefüllt; die Kehle geht zu; ein Stein sitzt im Halse, ein haariges Tier im Magen; in allen Gliedern steckt Eiter und geht massenhaft mit dem Stuhlgang fort, wird beim Räuspern ausgeworfen. Unter der Haut liegen Würmer und krabbeln; die Haut ist über den Achseln zu eng; der Körper dehnt sich aus oder schrumpft zusammen; auf der Brust sitzt das Panzergefühl. Es ist aus; der Kranke ist tot, versteinert, syphilitisch, innerlich verfault, stinkt, hat keine Augen, keinen Atem, keinen Kopf, keine Seele und kein Herz mehr; er kann nicht sitzen, keinen Schritt gehen, nicht die Hand geben. Er ist in ein

wildes Tier verwandelt, wenigstens innerlich, muss bellen, rasen und toben.

Auch geschlechtliche Wahnideen sind nicht selten. Eine 65jährige Kranke beklagte sich über unsittliche Angriffe, glaubte, in einem schlechten Hause untergebracht, in die Wochen gekommen zu sein; eine andere in gleichem Alter wähnte sich fortwährend den Nachstellungen alter Junggesellen ausgesetzt, die sich zu ihr ins Bett legten. Vielfach halten weibliche Kranke ihre Mitkranken für verkleidete Männer. Ein älterer Herr wurde seiner Meinung nach gegen seinen Willen allnächtlich in Bordells herumgeschleppt, um dort syphilitisch gemacht zu werden.

Endlich kommt es in einzelnen Fällen, namentlich bei vorgeschrittener geistiger Schwäche, auch zur Entwicklung dürftiger Grössenideen. Die Kranken erzählen mit geheimnisvoller Miene, dass man sie für die Jungfrau Maria halte, die nun bald mit Christus niederkommen werde, dass man immer glaube, sie hätten die ganze Welt hergestellt, könnten Wunder tun, Gold machen und alle Krankheiten heilen. Sie sollen vom Kaiser mit einem Heere nach Amerika geführt und dort erschossen werden. Eine Kranke mit Namen Fürst meinte, sie sei nun eine Fürstin, und verlangte fürstliches Essen.

Auch hier spielen Sinnestäuschungen eine gewisse Rolle, doch handelt es sich in der Regel wohl um Illusionen. Die Kinder jammern draussen; das Essen schmeckt fade, brennt wie Feuer auf der Zunge, stinkt wie die Pest. Am häufigsten sind Gesichtstäuschungen. Der Kranke erblickt am Fenster Totengesichter, die Skelette seiner Angehörigen, an den Bäumen aufgehängte Leichen; Heiland und Teufel stehen an seinem Bette.

Das Bewusstsein erscheint bei dieser Form öfters stärker getrübt, die Orientierung unklar, der Gedankengang verworren und ungemein einförmig, namentlich in den Zeiten stärkerer Erregung. Dennoch ist man vielfach überrascht durch die Besonnenheit, mit welcher die Kranken auf Fragen Auskunft geben und ihre krankhaften Vorstellungen äussern. Bisweilen besteht sogar ein dumpfes Bewusstsein von der Natur

der Störung; die Kranken klagen, dass man sie durch das Essen, die Arzneien ganz verwirrt gemacht, hypnotisiert habe, dass sie immerfort Unsinn reden, bald dies, bald jenes Verbrechen bekennen müssten, verrückt geworden seien. In anderen Fällen fehlt den Kranken die Fähigkeit vollkommen, selbst die gröbsten Widersprüche zu erkennen und zu berichtigen; sie behaupten, dass sie keinen Bissen mehr geniessen könnten, während sie mit vollen Backen kauen; „dies ist der letzte", meinte einer meiner Kranken jedesmal, wenn man ihn auf diesen Widerspruch hinwies. Sie bitten in einem Augenblicke, dass man sie durch Gift aus der Welt schaffen möge, während sie im nächsten erklären, dass sie überhaupt nicht sterben könnten, was immer man auch mit ihnen anfange.

Den Grundzug der melancholischen Verstimmung bildet ganz regelmässig eine mehr oder weniger deutliche Angst, deren Sitz meist in die Herzgegend verlegt wird. Die Kranken fühlen sich innerlich beunruhigt, verzagt, unbehaglich und pflegen diese Verstimmung als „Heimweh", Sehnsucht nach den Angehörigen, dem Geschäft, Scheu vor der fremden Umgebung zu deuten. Gleichwohl wird die heimliche ängstliche Erregung der Kranken ganz besonders durch den Verkehr mit denjenigen Personen verstärkt, zu denen sie in den innigsten Gefühlsbeziehungen stehen. Je stärker der gemütliche Widerhall ist, den ein Eindruck in ihrem Innern weckt, desto lebhafter werden auch die krankhaften Gefühle angeregt. Am deutlichsten sieht man das bei Besuchen der Angehörigen, die oft leidenschaftliche Ausbrüche hervorrufen. Der fremden Umgebung stehen sie ziemlich teilnahmlos gegenüber, obgleich sie alle Vorgänge gut aufzufassen pflegen. Sie sind jedoch so völlig mit sich selbst beschäftigt, dass sie dadurch wenig berührt werden. So erklärt es sich, dass ganz ruhige Melancholiker durch die Aufregungszustände ihrer Mitkranken auffallend wenig belästigt werden und gewöhnlich erst dann darüber klagen, wenn die eigene Verstimmung schon bedeutend abgenommen hat. „Der Lärm geniert mich nicht, aber die Unruhe in mir", sagte mir eine Kranke.

Nach dem Grade der ängstlichen Erregung hat man wohl eine Angstmelancholie (Melancholia activa) von den weniger

stürmisch auftretenden Formen (Melancholia simplex) unterschieden, doch gibt es hier keinerlei scharfe Grenzen. In einzelnen Fällen kann die Angst ausserordentlich hohe Grade erreichen (Raptus melancholicus). Die Kranken bleiben nicht im Bett, laufen händeringend herum, klammern sich an, drängen hinaus, jammern und schreien in einförmiger Weise stunden- und tagelang, bis zur völligen Heiserkeit. Sie reissen andere Kranke aus den Betten, flehen um Gnade, zittern und beben am ganzen Leibe, zupfen sich Nase, Finger, Lippen, Ohrläppchen blutig, schlagen sich mit der Faust vor die Stirn, zerraufen ihre Haare, entblössen ihre Genitalien, zerschlitzen ihre Kleider und wälzen sich am Boden. Ich möchte es indessen dahingestellt sein lassen, ob diese ungemein schweren und das Leben ernsthaft gefährdenden Krankheitsbilder wirklich immer der Melancholie angehören. Vielmehr habe ich den Verdacht, dass es sich hier bisweilen um ganz andersartige, uns bisher nur ungenügend bekannte Krankheitsformen handelt. Der anatomische Befund pflegt ungemein schwere und ausgebreitete Veränderungen des Rindengewebes, insbesondere Untergang zahlreicher Nervenzellen, aufzuweisen, ohne dass doch zur Zeit schon eine einigermassen gesicherte Deutung desselben möglich wäre.

Das Handeln des Kranken wird durch die melancholische Verstimmung stets erheblich in Mitleidenschaft gezogen. Der Kranke fühlt keinen Trieb mehr zum Schaffen; es geht ihm nicht mehr so von der Hand; er findet sich nicht mehr durch. Er hat keine rechte Ruhe, läuft planlos herum, kann es nicht im Bett aushalten, irrt nachts durch das Haus. Seine Angst macht sich in Klagen, Jammern und Beten Luft; er sucht Arzt und Geistlichen auf, um sich bei ihnen Trost zu holen, obgleich er weiss, dass ihm Niemand helfen kann. Manche Kranke entwickeln eine fieberhafte Tätigkeit, bitten flehentlich um Arbeit, stehen des nachts auf, um zu schaffen, stricken bis zur völligen Erschöpfung, um dem vermeintlichen Vorwurfe der Faulenzerei zu entgehen.

Der Gesichtsausdruck der Kranken zeigt eine mehr oder weniger deutliche ängstliche Spannung. Hie und da, besonders in sehr schweren Fällen, sieht man auch wohl ganz

vorübergehend ein eigentümlich unbestimmtes Lächeln auftreten, das aber keineswegs als ein Zeichen heiterer Stimmung, eher als der Ausdruck einer gewissen verzweifelnden Selbstironie anzusehen ist. Die Kranken haben meist das Bedürfnis, sich auszusprechen, erzählen eingehend von ihrem Zustande, rufen den Arzt immer von neuem an, um ihm noch etwas mitzuteilen, kommen freilich stets auf ihre Klagen zurück, sobald man den Versuch macht, über fernliegende Dinge mit ihnen zu sprechen. Sehr auffallend ist oft bei der Versetzung in eine neue Umgebung die anscheinende Ruhe der

Schriftprobe XVII.
Schrift bei Melancholie. Kräftige, schwungvolle, flüchtig hingeworfene Züge.

Kranken. Sie erscheinen zugänglich, natürlich in ihrem Benehmen, und wissen ihre innere Angst hinter einer gewissen Redseligkeit zu verbergen, meinen, alles werde rasch wieder gut sein, wenn sie nur wieder zu Hause sein und schaffen könnten. Die weitere Beobachtung lässt dann allerdings bald die Lebhaftigkeit und Tiefe der gemütlichen Erregung erkennen.

Bei längerer Dauer des Leidens können die Kranken oft längere Zeit still und teilnahmlos daliegen. Sobald man sich aber mit ihnen in Beziehung setzt, erhält man ohne Schwierigkeit Auskunft und erlebt dann nicht selten Gefühlsausbrüche von grosser Heftigkeit. Aufforderungen werden ohne Zögern befolgt, soweit sie nicht ängstliche Bedenken erwecken. Alle

Bewegungen geschehen frei und ohne Behinderung, wenn auch meist ohne besondere Kraft und Schnelligkeit, namentlich bei sehr heruntergekommenen Kranken. Auch in der Schrift tritt keine auffallendere Störung hervor. Manche Kranke schreiben sehr eifrig Briefe an ihre Angehörigen, Selbstanzeigen an das Gericht, Gnadengesuche. Die umstehende Schriftprobe XVII stammt von einem Kranken, der nach einem jähen Gewichtsverluste von über 20 Pfund verzweifelt vor sich hinbrütete. Dennoch sind die Schriftzüge kräftig und schwungvoll und zeigen in ihrer offenbar flüchtigen Ausführung deutlich die innere Erregung.

Die Befriedigung der körperlichen Bedürfnisse erleidet in der Melancholie ausnahmslos sehr schwere Störungen. Die Kranken hören auf, regelmässig zu essen, weisen schliesslich auch wohl die Nahrung, wenigstens das Fleisch, ganz zurück, spucken alles wieder aus, weil sie das Essen nicht wert sind, den Andern nichts wegnehmen wollen, nichts bezahlen können, Gift oder Unrat im Essen bemerken. Auch Arzneien oder Bäder werden abgelehnt, so dass die Sorge für Reinlichkeit und Körperpflege auf grosse Schwierigkeiten stösst. Ein Kranker lief barfuss herum, um an die Kälte gewöhnt zu sein, wenn er in den Schnee hinausgejagt werde. In einzelnen Fällen tritt Harnverhaltung und Bettnässen auf, sei es, dass die Kranken das Bedürfnis nicht beachten, sei es, dass sie nicht wagen, es zu befriedigen.

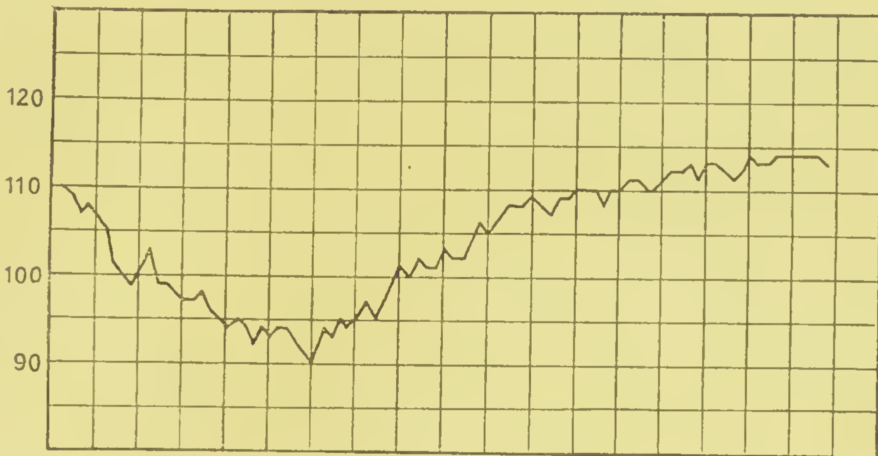
Die bei weitem verhängnisvollste und von allen Irrenärzten mit Recht ausserordentlich gefürchtete Begleiterscheinung der Melancholie ist die Neigung zum Selbstmorde, die nur sehr selten fehlt, oft genug aber ungemein stark in den Vordergrund tritt. Diese Erfahrung steht in voller Übereinstimmung mit der statistischen Tatsache, dass die Häufigkeit des Selbstmordes auch in der gesunden Bevölkerung mit wachsendem Lebensalter stetig zunimmt. Der Antrieb zum Selbstmorde erscheint bisweilen als der Ausfluss der Überlegung, dass der Kranke verworfen, von Gott verstossen ist, seine ganze Familie ins Unglück stürzt. Meist aber tauchen die Selbstmordgedanken ganz plötzlich, triebartig auf, selbst noch bei weit vorgeschrittener Besserung, ohne dass die Kranken sich über die eigentlichen Be-

weggründe klare Rechenschaft ablegen können. Eine meiner Kranken war mit häuslicher Arbeit beschäftigt, als ihr unvermittelt der Antrieb kam, sich zu erhängen, was sie auch sofort ausführte; mit Mühe wurde sie gerettet. Nach solchen Handlungen wissen die Kranken oft selbst nicht, wie es kam, ja sie erinnern sich manchmal der Vorganges überhaupt nicht, besonders nach Erhängungsversuchen. Hie und da beginnt die Krankheit nach sehr unbestimmten Vorboten mit einem plötzlichen Selbstmordversuche, nach welchem erst das ganze Bild deutlich hervortritt. Eine Kranke versteckte im Beginne ihrer Verstimmung das Rasiermesser, weil ihr der Gedanke kam, ihr Mann könne sich um ihretwillen das Leben nehmen. Bisweilen hat man endlich auch den Eindruck, dass die Kranken nur mit dem Gedanken des Selbstmordes spielen, ohne den Mut und die Kraft zu seiner Ausführung zu haben. Sie selbst geben das so an; trotzdem darf man niemals sicher sein, dass nicht plötzlich einmal ein Angstanfall den krankhaften Drang verstärkt und den gesunden Widerstand überwältigt.

Jeder Melancholiker ist daher als ein äusserst gefährlicher Kranker zu betrachten, um so gefährlicher, wenn er besonnen ist und seine innere Angst zu verbergen weiss. Er kann dann auf die verschiedenste Weise die Wachsamkeit seiner Umgebung täuschen, sich in der Badewanne ertränken, an der Türklinke, an irgend einer vorspringenden Ecke im Abtritte, ja selbst im Bette (auch in der Zwangsjacke!) erwürgen, Nadeln, Nägel, Glasscherben verschlucken, sich die Treppe hinunterstürzen, den Schädel mit einem schweren Gegenstande zertrümmern, sich aushungern u. s. f. Beachtenswert erscheint es, dass die Kranken in ihrer Aufregung fast ganz unempfindlich gegen körperlichen Schmerz zu sein pflegen, ein Umstand, der ihnen die Ausführung ihres Vorhabens wesentlich erleichtert. Einer meiner Kranken schlug mit dem Halse so oft auf die Schneide eines am Boden aufgestellten Stemmeisens, bis dasselbe durch die ganzen Weichteile in den Wirbelkörper eindrang.

Das Krankheitsbild der Melancholie wird ausnahmlos von einer schweren und hartnäckigen Störung des Schlafes begleitet, die eines der ersten Zeichen des beginnenden Lei-

dens bildet. Der Schlaf der Kranken ist kurz, unruhig, von lebhaften, unangenehmen und quälenden Träumen, bisweilen von nächtlichem Aufschreien unterbrochen. „Der Geist kann nicht schlafen", sagte mir ein Kranker. Bei Tage besteht ein dauerndes Gefühl der Abspannung, Müdigkeit und Schwere in allen Gliedern, eine dumpfe Benommenheit im Kopfe, die sich bisweilen zu wirklich schmerzhaften Empfindungen, Druck auf der Scheitelhöhe, Spannung im Hinterkopfe u. dergl. steigert.



Figur XX.
Gang des Körpergewichts bei Melancholie. Ausgang in Heilung.

Hie und da beobachtet man die ersten Zeichen seniler Hirnveränderungen, Schwindelanfälle, träge Pupillenreaktion, Facialisdifferenz, Zittern der Zunge und der Hände. Schwerhörigkeit als Alterszeichen ist nicht gerade selten. Sehr gewöhnlich wird über unangenehme Empfindungen in der Herzgegend geklagt, Spannung, Druck, „Unruhe", „Beängstigung" am Herzen, die bisweilen anfallsweise, namentlich nachts, stärker hervortreten; „das Herz hat arg Angst". Der Muskeltonus erscheint herabgesetzt; gleichzeitig besteht das Gefühl allgemeiner körperlicher Schwäche und Hinfälligkeit. Die Ernährung nimmt nach Ausweis der Körpergewichtskurve stets, auch dort, wo keine Nahrungsverweigerung besteht, im Beginne der Erkrankung rasch ab, um sich erst mit dem Eintritte der Besserung wieder zu heben. Die Figur XX gibt

dafür ein Beispiel; sie zeigt einmal das regelmässige Sinken und Ansteigen des Körpergewichts, das nur gegen den Schluss hin sich verlangsamt, dann aber die fortwährenden kleinen Schwankungen.

Die Schleimhäute sind blass, blutleer. Die Esslust ist sehr gering oder ganz aufgehoben, die Verdauung träge. Sehr häufig findet man äusserst hartnäckige Stuhlverstopfung. Starker Belag der Zunge und foetor ex ore pflegen diese Störungen anzuzeigen. Der gesamte Stoffwechsel liegt darnieder; die Temperatur ist häufig dauernd etwas herabgesetzt. Sehr erhebliche Störungen zeigen regelmässig die Kreislaufsorgane. Abgesehen von den atheromatösen Veränderungen an den Blutgefässen, wie sie dem Lebensalter der Kranken entsprechen, finden wir Kleinheit und Verlangsamung, öfters auch Unregelmässigkeit des Pulses, Kälte und Cyanose, ja sogar Oedeme der Füsse und Hände. Der Befunde von Reinhold, welcher allerdings die Melancholie viel weiter fasst (Veränderungen des Spitzenstosses, der Herzdämpfung und Herztöne), ist bereits bei früherer Gelegenheit gedacht worden. Seltener werden auch an der Haut die Erscheinungen ungenügender Ernährung, Trockenheit, Sprödigkeit, kleienartige Abschuppung u. s. w. beobachtet.

Der Verlauf der Melancholie zeigt regelmässig ein langsameres Schwinden der Krankheitserscheinungen. Das Bild ist dabei meist ein recht einförmiges, wenn auch allerlei Schwankungen des Zustandes nicht zu fehlen pflegen. Sehr häufig findet sich ein Nachlass der Krankheitserscheinungen gegen Abend, während am Morgen die Verstimmung in verstärktem Masse wiederkehrt. Ferner pflegen äussere Schädigungen, namentlich Briefe oder Besuche der nächsten Angehörigen, auf der Höhe der Krankheit fast immer eine deutliche Verschlechterung nach sich zu ziehen. Endlich wird auch bisweilen ein ziemlich regelmässiger Wechsel zwischen schlimmeren und besseren Zeiten oder Tagen beobachtet, ohne dass sich eine äussere Ursache dafür auffinden liesse.

Das allmähliche Schwinden der Krankheit unter vielfachen Nachlässen und Verschlimmerungen ist durchaus die Regel; plötzliche, im Verlaufe weniger Tage eintretende „Hei-

lungen“ bedeuten, wie ich glaube, die Zugehörigkeit des Krankheitsbildes zum manisch-depressiven Irresein und damit oft das Umschlagen der traurigen in eine heitere Verstimmung. Einen sehr guten Anhaltspunkt für die prognostische Beurteilung der Veränderungen im psychischen Krankheitsbilde gibt das Verhalten des Körpergewichtes an die Hand. Stetiges Ansteigen desselben deutet mit Entschiedenheit auf eine bevorstehende günstige Wendung hin. Gleichzeitig bessern sich nach und nach Schlaf und Verdauung; die Nachlässe der Verstimmung werden anhaltender und ausgiebiger, wenn auch noch einzelne schlechte Tage dazwischen vorkommen. Als ein Zeichen von besonders guter Vorbedeutung ist die Rückkehr des Interesses für die gewohnten Beschäftigungen zu betrachten. Damit pflegt das sonst meist sehr quälende Fortdrängen nachzulassen. Gleichwohl besteht immer noch für einige Zeit eine gewisse Verzagtheit und Unsicherheit sowie vermehrte Empfindlichkeit gegen äussere Schädlichkeiten, Gemütsbewegungen, Überanstrengungen, welche vorübergehende Verschlimmerungen nach sich ziehen können, bis sich im Laufe der Wochen und Monate auch diese Störung vollkommen ausgleicht.

Die Prognose der Melancholie muss im ganzen als eine zweifelhafte bezeichnet werden. Von meinen Kranken fanden nur 32% volle Genesung; ausserdem wurden allerdings noch 23% soweit gebessert, dass sie in ihre Familie zurückkehren und selbst bis zu einem gewissen Grade ihre frühere Beschäftigung wieder aufnehmen konnten. Ungeheilt blieben 26%, während 19% innerhalb der ersten zwei Jahre nach Beginn der Krankheit zu grunde gingen. Die Wahrscheinlichkeit der Heilung wird nicht unbedeutend durch das Lebensalter der Erkrankten beeinflusst. Von meinen Kranken unter 55 Jahren wurden 40%, von den älteren dagegen nur 25% vollständig geheilt. Alle diese Zahlen leiden indessen an der Unsicherheit, welche die Umgrenzung des Krankheitsbildes bietet.

Eine ungünstige Wendung des Krankheitsverlaufes pflegt sich im allgemeinen durch eine Abnahme der gemütlichen Erregung ohne Zurücktreten der krankhaften Vorstellungen oder gar mit der Ausbildung unsinnigerer Wahnideen anzukündigen. In den leichteren Fällen schwindet nun allmählich die Ver-

stimmung nebst den Wahnideen, aber die Kranken sind trotz einer ungefähren Krankheitseinsicht doch stumpfer, willensschwächer, leistungsunfähiger geworden. Zugleich besteht meist noch ein kleinmütiges oder weinerliches Wesen. Bei weiter fortschreitender Schwäche pflegen zwar auch die Wahnvorstellungen mehr und mehr zu verblassen, aber die Kranken werden gedankenarm, unklar, vergesslich, gleichgültig, arbeitsunfähig, gewinnen keine Krankheitseinsicht, stehen stumpfsinnig und trübselig herum oder jammern eintönig vor sich hin. Bei anderen entwickelt sich das ausgeprägte Bild des Alterblöd-



Figur XXI.
Melancholie; Ausgang in Schwachsinn.

sinns. Hie und da erhalten sich auch wohl noch einzelne zerfahrene Reste der früheren Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen. Das Körpergewicht kann, wie die Figur XXI zeigt, sehr bedeutend sinken, um nun dauernd auf niedrigem Stande zu bleiben; bisweilen jedoch erfolgt später wieder ein ausgiebiges Ansteigen ohne psychische Besserung. Das erste rasche Sinken war hier durch Nahrungsverweigerung bedingt, die durch Kochsalzinfusionen erfolgreich bekämpft wurde.

Der Tod erfolgte in meinen Fällen meist unter den Erscheinungen der Herzschwäche in lebhaften ängstlichen Aufregungszuständen, einige Male an Lungentuberkulose nach längerem Krankheitsverlaufe. Zwei meiner Kranken erhängten sich wenige Tage nach der gegen ärztlichen Rat erfolgten Entlassung zu Hause. Die pathologische Anatomie zeigt uns in

manchen Fällen verbreitete Arteriosklerose mit ihren Folgezuständen am Herzen und in den Nieren; bisweilen werden die Zeichen einer beginnenden Hirnatrophie aufgefunden. Alzheimer sah in der Rinde neben Veränderungen der Nervenzellen die Anhäufung ganz besonders feine Fasern bildender Gliazellen in den tieferen Schichten.

Die Dauer der Melancholie erstreckt sich regelmässig über Jahr und Tag, oft über mehrere Jahre. Auch in anscheinend leichten Fällen muss man sich durchaus auf einen sehr schleppenden Krankheitsverlauf gefasst machen. Fälle, die binnen einigen Monaten günstig verlaufen, gehören höchst wahrscheinlich anderen Krankheitsbildern an.

Die Melancholie, wie sie hier geschildert wurde, ist eine Erkrankung des beginnenden Greisenalters. Sie ist vielleicht als der krankhafte Ausdruck jenes schon dem gesunden Alter eigentümlichen Gefühls der wachsenden Unfähigkeit und Unzulänglichkeit zu betrachten, im Gegensatze zu dem überquellenden Kraftbewusstsein der Jugendjahre. Mehr als 64% meiner Kranken standen zwischen dem 50. und 60. Lebensjahre. Die ersten Erkrankungen beginnen um das 45. Jahr herum, die letzten bald nach dem 65. Jahre. In den höheren Altersklassen werden allmählich die Formen mit unsinnigen Wahnbildungen häufiger. Das weibliche Geschlecht liefert etwa 60% der Kranken, ist also ein wenig stärker beteiligt, als das männliche. Das gilt ganz besonders für die Erkrankungen im 5. und zu Anfang des 6. Lebensjahrzehntes, wo Männer nur ausnahmweise melancholisch werden, während beim Weibe das Klimakterium gerade für diese Form des Irreseins den günstigen Boden abzugeben scheint. Späterhin ist ein Unterschied zwischen beiden Geschlechtern kaum mehr erkennbar.

Die erbliche Veranlagung scheint hier hinter der erworbenen Disposition zurückzustehen, da ich nur bei 53% der Kranken mit genauer bekannter Vorgeschichte irgend eine, wenn auch öfters nur entfernte Familienanlage auffinden konnte. Auffallend oft begegneten mir bei Geschwistern und Eltern Apoplexien und Altersblödsinn, auch Alkoholismus. Zu berücksichtigen ist übrigens, dass bei den älteren Kranken genauere Angaben über das Verhalten der Eltern und deren Ge-

schwister vielfach fehlen. Dadurch wird die Vergleichbarkeit der Zahlen über die erbliche Anlage beeinträchtigt. Dem entspricht die Erfahrung, dass hier die Häufigkeit von Geistesstörungen bei Geschwistern gegenüber derjenigen bei den Eltern stark in den Vordergrund trat. Eine Reihe der Kranken werden als Sonderlinge, kleinliche, ängstliche Naturen, zu Grübeleien geneigt geschildert; mehrfach fand sich vorzeitiges Greisentum. Sehr häufig scheinen bestimmte äussere Anlässe den Ausbruch der Melancholie zu begünstigen. Als solche sind zu nennen körperliche Krankheiten (Influenza, Magenkatarrh), Operationen, Vermögensverluste, Schreck, Sorgen durch Unternehmungen, Veränderungen in den ganzen Lebensverhältnissen, vor allem aber Krankheit und Tod der nächsten Angehörigen.

In der hier gegebenen Abgrenzung umfasst die Melancholie*) einen gewissen Teil jener Beobachtungen, die man früher als einfache und als Angstmelancholie zu bezeichnen pflegte, ferner den depressiven Wahnsinn und endlich die senilen Depressionszustände. Dass diese und nur diese Formen in der Tat eine innere Zusammengehörigkeit darbieten, dafür sprechen, wie ich glaube, eine Reihe gewichtiger Gründe. Zunächst lehrt die sorgfältige Verfolgung der Lebensschicksale unserer Kranken, dass jedenfalls die überwiegende Mehrzahl von depressiven Verstimmungen der jugendlicheren Altersstufen **nicht** zur Melancholie zu rechnen ist. Sie gehören nach meiner Überzeugung entweder dem manisch-depressiven Irresein oder der Dementia praecox an, einzelne dem Entartungsirresein und vielleicht auch der Hysterie. Scheidet man alle diejenigen Fälle aus, die sich nach kürzerer oder längerer Zeit im Sinne einer der genannten Erkrankungen weiter entwickeln, so dürfte schwerlich ein Rest übrig bleiben, der die Vorrückung der Altersgrenze für die Melancholie rechtfertigen würde. Allerdings lässt sich ein zwingender Beweis für diese Behauptung an einem bestimmten Krankenmaterial natürlich erst im Laufe von Jahrzehnten führen, da die einzelnen Anfälle eines manisch-depressiven Irreseins zeitlich sehr weit voneinander lie-

---

*) Kraepelin, Monatsschrift f. Psychiatrie 1899, 325; Vedrani, Bolletino del Manicomio di Ferrara, XXVII, 3, 1899; Capgras, Essai de réduction de la mélancolie en une psychose d'involution présénile. Diss. Paris. 1900.

gen können. Einstweilen müssen wir uns mit der Erfahrung begnügen, dass wir bei genauer Nachforschung den ausgebildeten Fällen von manisch-depressivem oder katatonischem Irresein der höheren Lebensalter ausserordentlich häufig in der Jugend einfache Depressionszustände voraufgehen sehen. Diese Erfahrung mahnt uns natürlich zur äussersten Vorsicht in der klinischen und prognostischen Beurteilung solcher anscheinenden „Melancholien“ im jugendlichen Alter. Da wir annehmen dürfen, dass sich die Eigenart der Krankheit, deren erste Entwicklungsstufe sie darstellen, schon von Anfang an in irgend einer Weise geltend machen wird, ergibt sich die Forderung, nicht erst nach Jahrzehnten, wenn wir den ganzen weiteren Verlauf überblicken, sondern schon von vornherein die Scheidung der verschiedenartigen Depressionszustände vorzunehmen. Wären wir dazu nicht imstande, so würden wir nach meiner Auffassung berechtigt sein, sogar eine einmalige depressive Erkrankung in jugendlichem Alter zum manisch-depressiven Irresein zu rechnen, wenn sie nur die klinischen Züge der jener Form angehörenden Krankheitsbilder trüge.

An diesem Punkte liegt die Schwierigkeit der ganzen Frage. Die Gestaltungen der cirkulären Depressionszustände sind so mannigfaltig, und manche derselben sind dem Bilde der Melancholie so ähnlich, dass die Unterscheidung oft auf die grössten Schwierigkeiten stösst. Dazu kommt, dass cirkuläre Depressionszustände häufig genug zum ersten Male in den Rückbildungsjahren einsetzen und, wie ich ohne weiteres zugeben muss, sehr gewöhnlich als Melancholien aufgefasst werden. Ja, ich glaube, dass die klinische Schilderung des Bildes der Melancholie, wie sie uns bisher vorlag, sehr wesentlich aus der Beobachtung von cirkulären Depressionszuständen geschöpft worden ist. Dadurch wird eine Abgrenzung natürlich so gut wie unmöglich gemacht.

Einen Ausweg aus dieser Schwierigkeit hat Thalbitzer, der meinen Standpunkt bei der Abgrenzung einer Melancholie als halb und unhaltbar betrachtet, darin gefunden, dass er auch die Melancholie des Rückbildungsalters dem manisch-depressiven Irresein zurechnet. So verblüffend einfach diese Lösung auch wäre, so stehen ihr doch noch wesentliche Bedenken entgegen. Wie die spätere Betrachtung des manisch-

depressiven Irreseins dartun mag, würde ich freilich den nächstliegenden Gegengrund, dass die Melancholie nur einmal und nur in Form einer traurigen Verstimmung auftritt, während im cirkulären Irresein mehrfach im Leben manische und depressive Anfälle miteinander wechseln, nicht ins Feld führen. Einerseits sehen wir auch bei den Involutionspsychosen öfters Depressionszustände sich wiederholen; andererseits bin ich nach dem Vorbilde der periodischen und gar der einfachen Manie geneigt, weder auf den Wechsel der Zustände noch auf die mehrfache Wiederholung der Anfälle das entscheidende Gewicht zu legen. Massgebend sollte dagegen das klinische Bild sein, das uns in den Stand setzen müsste, im einzelnen Falle jede Möglichkeit einer späteren manischen Erkrankung mit Sicherheit auszuschliessen, andererseits der anatomische Befund. Leider wissen wir von letzterem noch viel zu wenig, um daraufhin die Rückbildungsmelancholie und den cirkulären Depressionszustand auf verschiedene Krankheitsvorgänge zurückführen zu können, und auch die Abgrenzung der klinischen Bilder ist zurzeit noch recht unbefriedigend.

Dennoch möchte ich mich der Anschauung Thalbitzers nicht anschliessen. Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass die Entwicklung einmaliger Depressionszustände im Rückbildungsalter eine ziemlich häufige Erscheinung ist, während einmalige Manien so selten sind, dass ihr Vorkommen überhaupt öfters bezweifelt worden ist. Auch das erstmalige Erkranken an Manie ist in den Rückbildungsjahren ungleich seltener, als das erstmalige Auftreten von Depressionszuständen zu dieser Zeit. Da bei dem gewöhnlichen cirkulären Irresein die depressiven Anfälle nicht oder doch nicht wesentlich über die manischen überwiegen, so wäre die Häufigkeit erstmaliger und einmaliger depressiver Erkrankungen im Rückbildungsalter gegenüber den manischen kaum verständlich, wenn sie alle nur Erscheinungsformen des gleichen Grundleidens bildeten. Jedenfalls müsste man zu dem Schlusse kommen, dass die Rückbildungsjahre den Verlauf des cirkulären Irreseins im Sinne einer ganz auffallenden Häufigkeit depressiver Anfälle beeinflussen. Haben sie aber einen so eigenartigen Einfluss auf unser Seelenleben, so liegt immerhin die Vermutung nahe, dass sie

auch selbständige depressive Krankheitsformen zu erzeugen imstande sind.

Zur Gewissheit wird diese Vermutung durch die Tatsache der senilen Depressionszustände. Es gibt eine grosse Reihe von krankhaften Verstimmungszuständen, die sich klinisch ganz aus dem Bilde der psychischen Altersveränderungen heraus entwickeln, aus dem Gefühle der Unfähigkeit, aus dem Misstrauen, der Schlaflosigkeit, den Beklemmungsgefühlen und der körperlichen Hinfälligkeit der Greise. Diese Erkrankungen enden anders, als erstmalige cirkuläre Depressionszustände, in leichterer oder tieferer Verblödung. Von ihnen führen fliessende Übergänge zu denjenigen Formen, die wir hier als Melancholie beschrieben haben, hinüber. Will man also nicht zu der Behauptung kommen, dass auch die senilen Depressionszustände trotz ihres gänzlich abweichenden klinischen und wohl auch pathologisch-anatomischen Verhaltens dem cirkulären Irresein zugehören, so wird man zu der Annahme gedrängt, dass der starke Überschuss von Depressionszuständen, den die Rückbildungsjahre erzeugen, mindestens zu einem Teil auf dem Auftreten einer neuen, eigenartigen Krankheitsform beruht, die ganz allmählich in die eigentlich senilen Depressionszustände übergeht. Diese Erkrankung wäre eben die Melancholie.

Allerdings werden wir uns wohl daran gewöhnen müssen, die Grenzen dieser Krankheit etwas enger zu stecken, als wir es bisher zu tun pflegten. Ein nicht unerheblicher Teil namentlich der im Klimakterium auftretenden Depressionszustände dürfte in der Tat, wie das spätere Auftreten von manischen Anfällen zeigt, dem cirkulären Irresein angehören. Es ist mir aber ferner wahrscheinlich, dass die auffallend leicht und günstig verlaufenden und besonders auch die in mehreren Anfällen auftretenden Depressionen nicht zur Melancholie in unserem Sinne gerechnet werden dürfen. Ich vermute aus Gründen, die später näher auszuführen sein werden, dass es sich hier um Erkrankungen handelt, die ebenfalls dem manisch-depressiven Irresein angehören oder doch nahestehen. Gerade dann aber, wenn wir alle derartigen Fälle aus dem Bilde der Melancholie ausschliessen, gewinnt dasselbe weit einheitlichere Züge, als

bisher; freilich mögen sich auch weiterhin vielleicht noch diese oder jene kleinere Gruppen absplittern.

Als die Kennzeichen der Rückbildungsmelancholie werden wir somit zunächst die langsame Entwicklung, den einförmigen Verlauf, die lange Dauer, die allmähliche Lösung und die zweifelhafte Prognose bezeichnen müssen. Aus naheliegenden Gründen genügen diese Merkmale nur in einem Teile der Fälle für die Abgrenzung von den cirkulären Depressionszuständen. Weiterhin scheint mir im Zustandsbilde der Melancholie die innere Beunruhigung wesentlich zu sein gegenüber der mehr gedrückten und hoffnungslosen Stimmung im manisch-depressiven Irresein. Namentlich in den ersten Abschnitten der Krankheit pflegt dieser Unterschied deutlich hervorzutreten, die Ruhelosigkeit und Ängstlichkeit auf der einen, die dumpfe Niedergeschlagenheit und Freudlosigkeit auf der anderen Seite. Dazu kommt, dass die Färbung der Stimmung in der Melancholie eine viel gleichmässigere ist, als in der cirkulären Depression. Wenn auch die Äusserungen der inneren Angst in ihrer Heftigkeit sehr wechseln können, so bleiben die melancholischen Kranken doch immer beherrscht von ihrer Verstimmung; es gelingt niemals, wie das so oft bei cirkulären Kranken möglich ist, durch Zuspruch oder Plaudern über fernliegende Dinge einmal die bekümmerten Züge zur Aufhellung oder gar zu einem freundlichen Lächeln zu bringen. Mit dieser Verschiedenheit der Stimmungsfärbung steht wohl auch diejenige des gesamten psychomotorischen Verhaltens in naher Beziehung. In der Melancholie fehlt durchaus das Krankheitszeichen der Willenshemmung, das wir in cirkulären Depressionszuständen gewöhnlich so stark ausgeprägt finden. Die Kranken haben keine Schwierigkeit, sich mündlich oder schriftlich auszudrücken; sie sind in ihren Bewegungen, in ihrem Handeln ungehindert, höchstens von innerer Unruhe getrieben. Wenn sie einmal wortkarg und ablehnend sind, so erklärt sich das ohne weiteres aus ihrer verzweifelten Stimmung und ihren Wahnvorstellungen; sie werden mitteilsam und oft sogar redselig, wo sie hoffen, Trost zu finden. Dass auch in ihrer Schrift keine Zeichen von Hemmung erkennbar sind, wurde schon angedeutet.

Es scheint mir somit, dass sich die Stimmungslage der Melancholiker trotz der äusserlichen Ähnlichkeit ihrem innersten Wesen nach ebenso sehr von derjenigen der cirkulären Depressionszustände wie von jener der Dementia praecox oder der Paralyse unterscheidet. Die Verstimmung des cirkulären Irreseins ist eben auf das nächste verwandt mit der manischen Gehobenheit, in die sie erfahrungsgemäss unvermittelt übergehen kann, ganz im Gegensatze zu der inneren Spannung der Melancholiker, die sich wohl in ängstlicher, niemals aber in manischer Erregung entladen kann. Freilich wird es noch einer genaueren Erforschung der Gemütsbewegungen und ihrer Ausdrucksformen überhaupt, einer eindringlichen Zergliederung der verschiedenen krankhaften Verstimmungen und einer sorgfältigen klinischen Sichtung der gesamten hierher gehörigen Krankheitsbilder bedürfen, bevor wir die praktischen Unterscheidungsmerkmale mit genügender Sicherheit zu handhaben lernen. Einstweilen bereiten die grössten Schwierigkeiten gewisse cirkuläre Mischzustände, bei denen sich die Verstimmung nicht, wie sonst gewöhnlich, mit psychomotorischer Hemmung, sondern mit Erregung verbindet. Leider ist auch die Umgrenzung und Kennzeichnung dieser Zustände zur Zeit noch in vielen Stücken unsicher. Ich muss mich daher auf die Angabe beschränken, dass die Färbung der Stimmung hier in der Regel weniger ängstlich, als reizbar, nörgelnd, unter Umständen kindisch-kleinmütig ist, dass die Kranken aus lebhaftester Unruhe durch Zureden meist leicht in eine ruhige und selbst humoristische Stimmung zu versetzen sind, endlich, dass die Erregung hier vielfach nicht als Ausdruck von Gemütsbewegungen, sondern als selbständige Störung auftritt und ganz ausser Verhältnis zu der Stärke der inneren Spannung steht.

Bei der Abgrenzung der Melancholie von den katatonischen Depressionszuständen der Rückbildungsjahre wird vor allem die Zugänglichkeit der Kranken, die Lebhaftigkeit ihrer Gefühlsregungen und das Fehlen ausgeprägter, dauernder Gehörstäuschungen zu berücksichtigen sein. Die Kranken sind widerstrebend und ablehnend nur im engsten Zusammenhange mit ihrer Angst und ihren Wahnbildungen; sie sind beeinflussbar durch Zureden, teilnahmvoll bei Besuchen, gehen auf Ge-

spräche ohne weiteres ein, während bei der Katatonie die gemütliche Stumpfheit, der Negativismus, das starre, gebundene, manierirte Wesen bald genug hervorzutreten pflegt. Das einförmige Jammern und Händeringen der Melancholischen unterscheidet sich von der sinnlosen Stereotypie der Katatoniker wesentlich dadurch, dass es eben der Ausdruck eines zwar einförmigen, aber mächtigen Affektes ist, während es sich dort um einen sinnlosen Bewegungsdrang handelt.

Wenn wir die Melancholie als eine Krankheit der Rückbildungsjahre auffassen, werden wir es begreiflich finden, dass von ihr zu den im engeren Sinne senilen Geistesstörungen mannigfaltige Übergänge hinüberführen. Ich halte es allerdings für wahrscheinlich, dass dem hier gezeichneten, oft sehr klar entwickelten Krankheitsbilde ganz bestimmte, eigenartige Krankheitsvorgänge zu grunde liegen. Selbstverständlich können sich aber zu diesen Schädigungen die eigentlich senilen Veränderungen allmählich hinzugesellen, und darin könnte unter Umständen der Grund für den ungünstigen Ausgang des einzelnen Falles zu suchen sein. Es bleibt noch genauer zu untersuchen, ob und in welchem Umfange wirklich auf klinischem wie auf pathologisch-anatomischem Gebiete eine Mischung seniler und melancholischer Störungen nachzuweisen ist. Klinisch würde hauptsächlich Abnahme der Merkfähigkeit und weiterhin des Gedächtnisses, Neigung zu Erinnerungsfälschungen, Verlust der Orientierung, gemütliche Stumpfheit, störrischer Eigensinn, nächtliche Unruhe in Betracht kommen, während Abenteuerlichkeit und nihilistische Färbung der Wahnvorstellungen, die auch beim manisch-depressiven Irresein beobachtet werden, kein Zeichen des Greisentums sind und daher an sich keine üble prognostische Bedeutung haben. Dagegen sind von Wichtigkeit noch die körperlichen Zeichen des senilen Siechtums, grosse Hinfälligkeit, atrophische Vorgänge an Haut, Knochen, Muskeln, die Erscheinungen der Arteriosklerose an Herz und Gefässen.

Mit der eigentlichen arteriosklerotischen Hirnerkrankung hat sonst die Melancholie nichts zu tun. Die Depressionszustände tragen dort eine ausgeprägt hypochondrische Färbung; sie sind begleitet von den Zeichen der psychischen Schwäche. Zudem treten

die körperlichen Äusserungen des schweren Hirnleidens durchaus in den Vordergrund. Ganz Ähnliches gilt von der Abgrenzung gegen die Paralyse. Die Unklarheit und Gedächtnisstörung der Paralytiker, die Beeinflussbarkeit ihrer Stimmung, das Auftreten der körperlichen Zeichen werden hier die Unterscheidung von den besonnenen und klaren, höchstens einmal wahnhaft desorientierten Melancholikern mit ihrer einförmigen inneren Angst in der Regel ermöglichen.

Die Behandlung*) der Melancholie hat dem Kranken unter allen Umständen Ruhe zu verschaffen, deren das leidende Gehirn unbedingt bedarf. In erster Linie wird es daher nötig sein, für die Entfernung aller den Kranken schädigenden Reize zu sorgen. Dazu gehören namentlich diejenigen Personen und Dinge, welche ihn gemütlich am meisten berühren, die nächsten Anverwandten, das eigene Heim und die Berufsarbeit. Darum wird, vielleicht von ganz seltenen Ausnahmefällen abgesehen, regelmässig die Verbringung in die Anstalt notwendig sein, ganz unbedingt dann, wenn irgendwie Selbstmordneigung hervortritt.

Das beste Beruhigungsmittel ist die Bettlagerung, die man mit kurzen Unterbrechungen durch Aufenthalt im Freien lange Zeit hindurch fortsetzen kann. Besondere Aufmerksamkeit erfordert ferner die Sorge für eine gute, kräftige Ernährung. Der Kranke wird regelmässig zum Essen angehalten; die Appetitlosigkeit und Verdauungsträgheit wird durch Eingiessungen oder milde Abführmittel, unter Umständen durch Magenausspülungen, sowie durch passende Auswahl der Speisen bekämpft. Meist gelingt es besser, in häufiger Wiederholung kleinere Mengen von Nahrung zuzuführen, als die reichlicheren Hauptmahlzeiten einzuhalten. Bei sehr ängstlichen und erregten Kranken wird man die Sondenfütterung nicht immer umgehen können, ja ich habe bei drohender Herzschwäche auch schon zu Kochsalzinfusionen meine Zuflucht nehmen müssen. Besonnene Kranke geben den Widerstand gegen das Essen meist bald auf, sobald man ihnen die Nutzlosigkeit desselben vor Augen führt.

---

*) Ziehen, Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis. 1897.

Von grösster Wichtigkeit ist selbstverständlich ferner die Regelung des Schlafes. Bei der langen Dauer der Krankheit ist die Anwendung von Arzneimitteln möglichst zu beschränken, da sie meist nicht sehr lange hintereinander fortgegeben werden können. Gelegentliche Alkoholgaben, auch wohl einmal Paraldehyd, namentlich aber abendliche verlängerte Bäder, Priesnitzsche Einpackungen, mässige Bewegung im Freien kommen in Betracht, soweit sie nicht die Angst der Kranken steigern.

Als Beruhigungsmittel hat sich namentlich bei den heftigeren Angstzuständen der Melancholiker das Opium einen grossen Ruf erworben. Man gibt dieses Mittel planmässig in rasch steigender Gabe (bis zu dreimal täglich 50 oder selbst 60 Tropfen Opiumtinktur), um später allmählich wieder herunterzugehen. Wo nicht bald ein deutlich beruhigender Einfluss bemerkbar wird, ist die Fortsetzung der Kur zwecklos; ich bin daher von der Verwendung sehr hoher Gaben mehr und mehr zurückgekommen, zumal es einzelne Fälle gibt, in denen nicht nur keine Besserung, sondern geradezu eine Steigerung der Angst eintritt. Bisweilen erweist sich die Verbindung mässiger Opiumgaben mit Bromnatrium nützlich.

Wo die geringsten Anzeichen von Selbstmordneigung hervortreten, ist auch in den anscheinend mildesten Formen der Erkrankung dringend eine sorgfältige Überwachung geboten, wie sie nur in einer zuverlässigen Irrenanstalt (nicht sogenannten „offenen“ Kuranstalt) durchgeführt werden kann. Tag und Nacht muss in solchen Fällen jemand in unmittelbarer Nähe des Kranken sein und ihn unausgesetzt im Auge behalten. Das Schlafen eines Wärters im gleichen oder gar im Nebenraum ist in irgendwie bedenklichen Fällen durchaus unzureichend. Diese peinliche Aufmerksamkeit, die den Kranken keinen Augenblick, auch auf dem Abort nicht, ausser acht lässt, ist bis zur vollen Genesung fortzusetzen, da oft unvorhergesehene Verschlechterungen mit Wiedererwachen der krankhaften Antriebe vorkommen und die Besserung bisweilen nur eine scheinbare, zur Erreichung der Entlassung vorgetäuschte ist.

Die psychische Behandlung muss eine ruhige, gleich-

mässig freundliche und geduldige sein. Viele Gespräche über den psychischen Zustand sind zu vermeiden; auch tröstender Zuspruch pflegt wenig oder nichts zu helfen. In der Genesungszeit ist die Ablenkung ein wichtiges Hilfsmittel, das Denken und Fühlen wieder in die gewohnten Bahnen zu leiten. Dazu dient leichte, nicht ermüdende Beschäftigung, Lesen, Zeichnen, Handarbeit, sobald mit dem Nachlassen der Verstimmung eine freiere Hingabe an dieselbe möglich wird. Diese Entwicklung pflegt sich ganz von selbst zu vollziehen; der Arzt hat nichts zu tun, als dieselbe nach Kräften zu fördern und Störungen durch Überanstrengung, starke Gemütsbewegungen, körperliche Schädlichkeiten zu verhüten. Besuche seitens der nächsten Angehörigen wirken namentlich auf der Höhe der Krankheit nicht selten sehr aufregend, machen dem Kranken das Herz schwer; hier ist besondere Vorsicht geboten.

Von Wichtigkeit ist es endlich, den Kranken nicht zu früh aus der Anstaltsbehandlung zu entlassen; Selbstmorde sind nur zu häufig die Folge davon. Bisweilen kehren die Kranken auch von selbst wieder zurück, da sie merken, dass sich ihr Zustand zu Hause sofort wieder verschlechtert. „Mich hat gleich alles gereut," sagte mir ein solcher Kranker. Sehr häufig hat man freilich den besonnenen, über „Heimweh" klagenden, stark drängenden Kranken und noch mehr ihren Angehörigen gegenüber einen schweren Stand. Erst wenn das ungeduldige Drängen verschwindet, volle Krankheitseinsicht besteht, die Ernährung auf ihren früheren Stand zurückgekehrt und der Schlaf ungestört ist, kann man die Heilung als vollendet und die Zeit der Entlassung als gekommen ansehen; Ausnahmen sind nur bei sehr günstigen Verhältnissen und zweifellos fortschreitender Genesung zulässig. Jedenfalls bedürfen alle Entlassenen noch längere Zeit hindurch einer gewissen Schonung und Pflege sowie einer verständigen, ruhigen Behandlung seitens ihrer Umgebung.

B. Der praesenile Beeinträchtigungswahn.

Unter dieser Bezeichnung möchte ich eine kleine Gruppe von Fällen aus den Rückbildungsjahren zusammenfassen, die

durch allmähliche Entwicklung grosser Urteilsschwäche mit vielfach wechselnden kombinatorischen Beeinträchtigungsideen und gesteigerter gemütlicher Erregbarkeit gekennzeichnet sind. Der Beginn der Krankheit ist immer ein schleichender. Ganz unmerklich stellt sich eine Veränderung im Wesen und Benehmen der Kranken heraus. Sie werden stiller, menschenscheu, unzufrieden, grundlos traurig, misstrauisch und reizbar. Die Besonnenheit und Orientierung bleibt vollkommen erhalten. Dagegen tauchen nach und nach Wahnvorstellungen auf, anfangs unbestimmt und flüchtig, später hartnäckiger und in ausgeprägterer Form. Zunächst sind es vielfach hypochondrische Ideen. Die Kranken klagen über die verschiedenartigsten, häufig wechselnden nervösen Störungen, Singultus, krampfhaftes Zucken, Schwindel, Schmerzen hier und dort, unruhige Träume, Schwäche, Schwellungen, Krachen im Kopf u. dergl. Sie erinnern dadurch sehr an Hysterische, doch laufen auch sehr unsinnige Klagen mit unter; das Rückenmark ist geschwunden, das Gehirn vertrocknet, alle Kraft verloren gegangen.

Weiterhin stellen sich Beeinträchtigungsideen ein, die ebenfalls einen ganz abenteuerlichen Inhalt annehmen können. Kleider und Gegenstände werden vertauscht oder gestohlen; die Spiegel, das Buffet, die Platten in der Küche werden verkratzt, Schmutz und Staub ins Haus gebracht; das Klavier ist nicht mehr das alte, muss heimlich ausgewechselt worden sein. Es sind Räuber im Hause; Nachts schleicht sich jemand ein; verdächtige Dinge geschehen; Einbrecher öffnen während der Abwesenheit des Kranken die Schlösser; die Dienstmädchen sind aufgehetzt, stecken alle unter einer Decke. Eine meiner Kranken liess durch den Tapezier das Sopha öffnen, da sie vermutete, dass in demselben jemand stecke, der das Haus in die Luft sprengen wolle. Die Ärzte machen heimliche Eingiessungen und Einreibungen, treiben Schweinerei, erzeugen die Krankheit künstlich, um daran zu studieren; die Frau wendet hinter dem Rücken des Kranken Mittel an. Im Eisenbahnzuge fährt eine verdächtige Persönlichkeit mit; an der Wirtstafel im fremden Orte finden sich sofort einige Gäste ein, denen nicht zu trauen ist.

Besonders häufig pflegt der Wahn ehelicher Untreue in den Vordergrund zu treten. Der Mann verkehrt mit allen möglichen Frauenzimmern, liebäugelt auf der Pferdebahn hinter der Zeitung mit seiner Nachbarin, tauscht verständnisvolle Blicke mit begegnenden Mädchen, hat ein Verhältnis mit der Dienstmagd, bestellt sich zu jeder Reise eine Dame, die im gleichen Zuge mitfahren muss, empfängt Briefe von den Schulfreundinnen der Tochter. Die Frau steht in der Nacht ohne genügenden Grund aus dem Bette auf, stöhnt in eigentümlicher Weise, schrickt bei der Heimkehr des Mannes zusammen, verliert einen Zettel mit höchst verdächtigen Andeutungen.

Alle diese Wahnvorstellungen sind ungemein veränderlich; sie tauchen in einem Augenblicke auf, um im nächsten von dem Kranken preisgegeben zu werden, aber ebenso rasch in anderer Form wiederzukehren. Viele Kranke geben auf eindringliche Vorstellungen ohne weiteres zu, dass es „Aberglaube und Dummheit" sei, dass sie sich getäuscht haben könnten, krank seien, aber sie kommen nicht zu einem wirklichen Verständnisse für die Unsinnigkeit ihrer Vorstellungen; man findet sie vielleicht schon nach einer halben Stunde in der grössten Erregung darüber, dass sie mit der Milch soeben ein schreckliches Gift zu sich genommen hätten, unfehlbar sterben müssten, dass ein Mann unter dem Bette gesteckt haben müsse, ein eigentümliches Gefühl am Herzen ihnen nunmehr den Tod ihrer Tochter ganz bestimmt angezeigt habe. Auch jetzt genügen meist wieder einige beruhigende Worte, um diese Befürchtungen in den Hintergrund zu drängen, aber die Quelle der Wahnbildung fliesst immer von neuem: „Alles ist wahr und noch 1000mal mehr".

In einzelnen Fällen scheinen auch Sinnestäuschungen vorzukommen, doch spielen sie jedenfalls nur eine ganz untergeordnete Rolle. Der Kranke wird bedroht, hört, wie fremde Personen sich des Verkehrs mit seiner Frau rühmen, wie seine gemisshandelten Kinder schreien, sieht nachts eine dunkle Gestalt zur Tür hinaus huschen, fühlt beim Hinüberlangen, dass jemand neben der Frau im Bette liegt. Die eigentliche Grundlage der Wahnbildung ist indessen ein lebhaftes Gefühl von

Unsicherheit, aus dem bei dem geringsten Anlasse die krankhaften Befürchtungen aufschiessen. Die kleinen Abnutzungsspuren an den Möbeln, der Staub auf dem Schranke, ein offenstehendes Fenster sind unheimlich und verdächtig und weisen auf böswilliges Eingreifen Fremder hin.

Der Gedankengang des Kranken bleibt vollkommen geordnet. Dagegen ist man immer wieder aufs neue erstaunt über die ausserordentliche Schwäche des Urteils, welche den Kranken die abenteuerlichsten Wahnvorstellungen bei voller Besonnenheit ohne weiteres hinnehmen lässt. Ihm fehlt offenbar durchaus die Fähigkeit, deren Unsinnigkeit wirklich klar einzusehen; er lässt sich im Augenblicke wohl ohne Mühe überreden, aber nicht überzeugen. Er hat auch gar nicht das Bedürfnis, sich über die Berechtigung seiner Annahme Rechenschaft zu geben, benutzt die Gelegenheit nicht, handgreiflich die Anwesenheit eines Nebenbuhlers festzustellen. Eine Kranke, die sich unausgesetzt bestohlen glaubte, hatte niemals wirklich nachgesehen, ob und wieviel ihr fehle. Gerade darum macht auch der klarste Augenschein auf sie keinen nachhaltigen Eindruck; die misstrauischen Gedankengänge nehmen nur eine andere Wendung. Andererseits kommt es niemals zu einer weiteren Verarbeitung des Wahnes. Als Urheber der Beeinträchtigungen wird ohne nähere Begründung bald Dieser, bald Jener angesehen; es ist irgend ein Racheakt, ein Dienstmädchenkomplott, der Schabernack eines Nachbarn. Das Gedächtnis für frühere Zeiten zeigt keine Störung, doch schieben sich in die Darstellung der wahnhaften Erlebnisse leicht allerlei Zusätze und Verdrehungen hinein; öfters werden sie auch nachträglich weit in die Vergangenheit zurückgesponnen.

Die Stimmung der Kranken ist in der ersten Zeit niedergeschlagen, ängstlich; nicht selten kommt es zu Selbstmordversuchen. Späterhin tritt meist eine gewisse Erregung und Reizbarkeit hervor. Die Kranken sprechen viel, beklagen sich mit grossem Wortschwall, führen lärmende Auftritte herbei, geraten in heftige Wut, schimpfen, lassen sich aber meist leicht beruhigen, lachen und weinen ohne Anlass. Öfters macht sich gehobenes Selbstgefühl bemerkbar.

An die Wahnvorstellungen schliessen sich vielfach aller-

lei unsinnige Handlungen. Manche Kranke laufen bei allen Ärzten herum, lassen sich ungezählte Ratschläge geben, ohne einen einzigen zu befolgen; andere hören zeitweise auf, zu essen, ziehen sich von ihrer Umgebung zurück, zerstören plötzlich, was ihnen unter die Finger kommt, werden gewalttätig. Eine meiner Kranken hatte ihr Dienstmädchen so vollständig von der Wirklichkeit ihrer Verfolgungsideen überzeugt, dass dieses mit ihr das Haus nach eingedrungenen Mördern durchsuchte und den Nachbar der Vertauschung des Kronleuchters beschuldigte. Eine andere versperrte ihre Wohnung mit Sicherheitsschlössern, merkte aber dann, dass man in ihrer Abwesenheit zum Fenster hineingestiegen war oder einen Schlosserlehrling dafür gewonnen hatte, die Schlösser zu öffnen; sie wagte darum kaum mehr, das Haus zu verlassen. Der Eifersuchtswahn führt zu peinlicher Überwachung des Gatten. Das Dienstmädchen wird ihm nachgesandt; aus dem Papierkorbe werden zerrissene Briefe wieder zusammengestellt, um den Beweis der Schuld zu erbringen. Es kommt zu unverständlichen Wutausbrüchen gegen die vermeintlichen Verführerinnen; eine Dame ging auf die Polizei, um ein ihr verdächtiges Fräulein unter Sittenkontrolle stellen zu lassen.

Im weiteren Verlaufe werden die Wahnvorstellungen immer unsinniger. Sie wechseln vielfach, treten vorübergehend in den Hintergrund, wenn auch gewisse allgemeine Grundzüge immer wiederzukehren pflegen. Einige Male sah ich ganz besonnene, ältere Kranke, die ein eigentümlich ängstlich-misstrauisches und ablehnendes Wesen zeigten, bei jeder Unterredung in immer wachsende Erregung gerieten, schliesslich sinnlos fortdrängten und auch den Arzt nicht mehr zur Türe hinauslassen wollten, um sich später ebenso rasch wieder zu beruhigen. Ich halte es für möglich, dass es sich hier um weitere Entwicklungsstufen des präsenilen Beeinträchtigungswahnes gehandelt hat. Jedenfalls werden die Kranken, soweit meine Erfahrung reicht, trotz weit vorgeschrittenen Schwachsinns nicht verwirrt. Heilungen oder auch nur weitgehende Besserungen scheinen nicht vorzukommen.

Das hier versuchsweise abgegrenzte Krankheitsbild ist nicht häufig; ich habe in den letzten 10 Jahren höchstens

etwa ein Dutzend Fälle gesehen. Die ganz überwiegende Mehrzahl bildeten Frauen; bei ihnen begann das Leiden regelmässig im 5. oder im Beginne des 6. Lebensjahrzehntes, während die Männer immer erst in den 50er Jahren zu erkranken pflegen. Fast überall bestand erbliche Veranlagung zum Irresein; sonstige greifbare Ursachen habe ich nicht auffinden können.

Es liegt daher die Annahme nahe, dass wir es hier mit einer vorzeitigen Alterserkrankung auf krankhaft vorbereitetem Boden zu tun haben, um so mehr, als wir im eigentlich senilen Verfolgungswahn ein Bild kennen, welches viele ähnliche Züge aufweist. Ob es sich indessen um einen eigenartigen Krankheitsvorgang handelt, wird erst weitere Erfahrung entscheiden müssen. Meist werden wohl diese Fälle zur Paranoia gerechnet. Sie unterscheiden sich aber meiner Auffassung nach von jener Krankheit dadurch ganz scharf, dass es hier nicht zu einer weiteren Verarbeitung der Wahnvorstellungen kommt. Die Verfolger bleiben ganz unbestimmt, oder sie wechseln doch überaus häufig; selbst die beargwöhnten Ehegatten werden nicht eigentlich als Feinde, sondern vielfach als Verführte betrachtet. Auch ziehen die Kranken aus ihren Wahnvorstellungen, abgesehen von gelegentlichen Heftigkeitsausbrüchen oder Sicherheitsmassregeln, keine weiteren Schlussfolgerungen für ihr Handeln, verkehren mit den untreuen Gatten weiter, ja drängen sich ihnen auf, sind plötzlich gegen dieselben Personen zugänglich und freundlich, die sie kurz vorher verdächtigt und beschimpft haben. Vielfach bleiben sie auch trotz der Klagen über alle möglichen Nachstellungen recht gern in der Anstalt, freuen sich über den Schutz, den sie dort geniessen, gestehen gelegentlich ohne weiteres die Möglichkeit eines Irrtumes zu.

Auf der anderen Seite könnte man geneigt sein, diese Formen des Irreseins einfach der Dementia praecox zuzurechnen. Ich möchte jedoch darauf hinweisen, dass die Kranken keine katatonischen Zeichen darbieten. Ihr gelegentliches Widerstreben, ihre Erregungen sind regelmässig durch Wahnvorstellungen oder Stimmungen begründet, nicht einfach zwangsmässig oder triebartig; sie erinnern weit mehr an das Misstrauen und die Reizbarkeit des Greisenalters. Die Kranken

werden auch nicht rasch gemütlich stumpf, sondern bleiben im Gegenteil erregbar und ansprechbar. Der Ausgang ist niemals tiefer Blödsinn oder Verwirrtheit, sondern ein mässiger Schwachsinn mit einzelnen wechselnden und zusammenhangslosen Wahnvorstellungen. Gegenüber der Paralyse ist, abgesehen natürlich von den körperlichen Zeichen und dem weiteren Verlaufe, auf das Fehlen einer Gedächtnisschwäche trotz bedeutender Urteilslosigkeit hinzuweisen.

Von einer eigentlichen Behandlung dieser Krankheitszustände kann heute keine Rede sein. Manche Kranke bedürfen der Anstaltspflege, weil sie zu störend werden und ihre Umgebung in hohem Grade beunruhigen; sie pflegen sich vielfach ohne besondere Schwierigkeiten in die Freiheitsentziehung und die Tagesordnung der Anstalt zu finden. Andere vermögen unter einigermassen günstigen Verhältnissen auch ausserhalb der Anstalt zu leben, ohne dass die tiefgreifende Störung allzu auffallend hervorträte.

C. Der Altersblödsinn.*)

Schon bei Besprechung der allgemeinen Ursachen des Irreseins sind in grossen Umrissen die Wandlungen geschildert worden, welche die psychische Persönlichkeit im Alter regelmässig zu erleiden pflegt, die Abnahme der Aufnahmefähigkeit und Merkfähigkeit, die Erstarrung der Gedankengänge, die Einengung der Gefühlsbeziehungen, das Erlahmen der Tatkraft und die Ausbildung störrischer Unlenksamkeit. Ranschburg**) hat einen Teil dieser Veränderungen durch vergleichende Zeitmessungen an jüngeren Männern und gesunden Greisen von gleichem Bildungsgrade näher untersucht. Er fand eine Verlängerung der Zeiten für die einfache Reaktion, die Wahl zwischen Ruhe und Bewegung, das Lesen von Worten, die

---

*) Fürstner, Archiv f. Psychiatrie XX, 2; Nötzli, Über Dementia senilis, Diss. Zürich, 1895; Alzheimer, Monatsschrift f. Psychiatrie u. Neurologie, 1898, 101; Schlöss, Wiener Klinik, XXV, 9 u. 10, 1899; Colella, Annali di nevrologia, 1899, 6; Zingerle, Jahrb. f. Psychiatrie XVIII, 256.

**) Ranschburg und Bálint, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LVII, 689.

Ausführung von Additionen, die Bildung von Urteilen und Assoziationen. Die Verlangsamung betraf ganz vorzugsweise die eigentlich psychischen Leistungen und besonders die freie Assoziationstätigkeit. Rein sprachliche Assoziationen und ebenso diejenigen nach Coexistenz, die mehr durch sinnliche Erinnerungen vermittelt werden, waren im ganzen seltener, während begriffliche, kausale und Zweckassoziationen mehr in den Vordergrund traten. Die Leistungen der Greise erwiesen sich im ganzen einförmiger, unregelmässiger und unzuverlässiger, als diejenigen der jüngeren Versuchspersonen.

In ihrer stärksten Ausprägung führen die psychischen Veränderungen der Greise zum Krankheitsbilde des Altersblödsinns. Der Grundzug desselben ist eine allmählich fortschreitende, eigenartige Verblödung. Die Auffassung äusserer Eindrücke ist erschwert und verlangsamt. Schneider konnte durch Versuche zeigen, dass die Wahrnehmungen anscheinend nur ganz allmählich ihre volle Klarheit erlangen und oft schon wieder verblassen, bevor dieser Punkt erreicht ist. Infolgedessen wird die Aussenwelt nur noch in grossen Umrissen aufgefasst. Feinheiten, kleinere Abweichungen werden nicht mehr bemerkt, der Zusammenhang verwickelterer Erscheinungen nicht mehr verstanden. Der Kranke verliert daher leicht die klare Orientierung in den täglichen Vorkommnissen, findet sich nicht gut zurecht, weiss im Gespräche nicht, wovon die Rede ist, überhört und übersieht wichtige Einzelheiten. Er wird schläfrig, denkfaul, benommen, zeitweise verwirrt, verliert leicht den Faden.

Die Anpassungsfähigkeit und Beweglichkeit des Denkens ist dahin; die schöpferische Tätigkeit versagt; der Kranke ist unfähig geworden, seinen geistigen Standpunkt zu verändern, neue Gesichtspunkte zu gewinnen. Das altgewohnte Spiel erstarrter Vorstellungsverbindungen erhält sich noch in stetem Kreislaufe, aber es ist keiner weiteren Entwicklung mehr fähig, keiner Anregung von aussen mehr zugänglich. Die gleichen Gedankenreihen kehren immer wieder, flechten sich ohne Rücksicht auf das Ende überall ein, sobald sie einmal angeregt wurden. Die geistige Verarbeitung äusserer Eindrücke, die Bildung von Urteilen und Schlüssen, die kritische Sichtung

und Prüfung aufsteigender Vorstellungsreihen wird immer ungenügender und unsicherer. Daraus erklärt sich der völlige Mangel an Verständnis für fremde Anschauungen und Verhältnisse, die Unbeugsamkeit seniler Vorurteile und die geringe Widerstandsfähigkeit gegenüber den hier sehr häufig sich einstellenden Wahnideen. Meist pflegen sich diese letzteren im Rahmen übertriebener Krankheitsfurcht, unsinnigen Misstrauens oder kindischer Selbstüberschätzung zu halten. Die Kranken haben keinen Stuhlgang mehr, werden bestohlen, von den Franzosen totgeschossen. Bisweilen tauchen Selbstmordgedanken auf. Dazu kommen vielfach Sinnestäuschungen, namentlich Illusionen, aber auch einzelne Hallucinationen. Die Kranken hören Engel, Leute, die ihnen den Hals abschneiden wollen, sehen abenteuerliche Bilder, namentlich nachts, Landschaften, bunte Szenen, bekannte Persönlichkeiten. Wirkliche Krankheitseinsicht besteht nicht, doch klagen die Kranken öfters, dass sie zu nichts mehr nütze seien, sich über nichts mehr freuen, etwas im Kopfe haben, dass es mit ihnen aus und vorbei sei.

Sehr erheblich sind regelmässig die Störungen auf dem Gebiete des Gedächtnisses. Zwar die Erinnerung an längst entschwundene Tage haftet noch fest, ja einzelne Erlebnisse aus früher Kindheit tauchen nicht selten mit erstaunlicher Lebhaftigkeit wieder auf, um in weitschweifiger Breite immer von neuem vorgebracht zu werden. Allein das Gedächtnis für die jüngste Vergangenheit beginnt immer zahlreichere und unbegreiflichere Lücken aufzuweisen. Die Gegenwart geht fast spurlos, ohne zu haften, an dem Kranken vorüber; sie ist ihm schon nach kurzer Zeit völlig entschwunden, weil sie keinen Widerhall in seinem Innern findet. Er vergisst, was er gestern, vorgestern getan hat, erzählt im Laufe einer Unterhaltung dieselben altbekannten Geschichten zum zweiten Male, ohne es zu bemerken, verirrt sich in seiner neuen Wohnung, weiss sich auf die Namen alter Bekannter nicht zu besinnen und verwechselt die Personen seiner Umgebung. Ganz ähnlich wie in der Paralyse können auch hier die wirklichen Erinnerungen nicht nur vielfache unwillkürliche Abänderungen erfahren, sondern es können auch die Lücken geradezu durch allerlei Erdichtungen ausgefüllt werden, deren subjektive Entstehung dem

Kranken selbst nicht klar wird. Halberlebtes und frei Erfundenes mischt sich derart zu höchst unzuverlässigen Erzählungen, dass der Wahrheitskern oft äusserst schwierig oder gar nicht sich herausschälen lässt. Endlich kommt es bei dem fortschreitenden Versagen des Gedächtnisses, dem kein neuer Erwerb gegenübersteht, mehr und mehr zu einer Verarmung des Vorstellungsschatzes, deren Folge uns in der ausserordentlichen Dürftigkeit und Einförmigkeit des Gedankeninhaltes entgegentritt.

Auch im Gemütsleben macht sich die Verödung geltend. Der Kranke wird stumpf und teilnahmslos; seine Empfänglichkeit für die Leiden, aber auch für die Freuden des Daseins erlischt. In den Vordergrund des Interesses tritt mehr und mehr das eigene Ich und die Befriedigung der persönlichen Bedürfnisse und Launen. Das körperliche Wohlbefinden, das Essen und Trinken, die Verdauung, der Schlaf, der Tabak gewinnen eine ganz besondere Wichtigkeit. Verlust der nächsten Angehörigen und ähnliche Schicksalsschläge gehen ohne nachhaltigen Eindruck vorüber. Die Familie, der Beruf, seine Lieblingsbeschäftigung werden dem Kranken gleichgültig. Den Stimmungshintergrund bildet bald mürrische Unzufriedenheit, bald mehr kindische Fröhlichkeit und gehobenes Selbstgefühl.

Dabei nimmt die augenblickliche Erregbarkeit häufig zu. Der Kranke ist rücksichtslos, eigenwillig, rechthaberisch, fühlt sich durch jeden Widerspruch gereizt und beleidigt. Dennoch sind die Schwankungen der Stimmung oberflächlich und ohne Nachhaltigkeit; weinselige Rührung, läppische Freude, klägliches Verzagen werden durch die geringfügigsten Anlässe hervorgerufen, um ebenso rasch wieder zu verschwinden. Der Geschlechtstrieb ist vielfach gesteigert und äussert sich in schamlosen Reden, stutzerhafter Kleidung, zotigen Aufschneidereien, Heiratsplänen, aber auch in unzüchtigen Handlungen, namentlich an Kindern, für deren strafrechtliche Bedeutung dem geschwächten Verstande die klare Einsicht mangelt.

Im übrigen zeigt das äussere Verhalten der Kranken grosse Verschiedenheiten. Viele bleiben immer ruhig, harmlos, zufrieden, geben trotz ihrer wachsenden geistigen und gemütlichen Stumpfheit zu keinerlei Störungen Anlass; sie werden

ohne Schwierigkeit in ihren Familien, in Pfründen und Siechenhäusern verpflegt. Bei anderen dagegen entwickelt sich allmählich eine wachsende Unruhe. Die Kranken jammern, klagen, nörgeln, zanken mit ihrer Umgebung, schimpfen bei jeder Gelegenheit in den unflätigsten Ausdrücken, drohen oder werden sogar gewalttätig. Manche beginnen viel zu schwatzen, sich Ausschweifungen hinzugeben, zu masturbieren, laufen zwecklos herum, verirren sich im Walde, machen unsinnige Einkäufe und Pläne, sammeln allen möglichen Plunder bei sich an und geraten durch ihr unvernünftiges Treiben in mannigfache Schwierigkeiten. Namentlich in der Nacht finden sie keine Ruhe, sondern führen durch vielfaches Aufstehen, Herumwandern im Hause, Kramen in alten Scharteken, unvorsichtiges Hantieren mit Licht allerlei Störungen und selbst ernste Gefahren herbei. Am Tage sind die Kranken dann müde und schläfrig, nicken mitten im Gespräche oder bei der Mahlzeit ein. Für ihre körperliche Pflege sind sie nicht imstande, selbst zu sorgen, verkommen daher vielfach in Schmutz und Ungeziefer, wenn niemand sich ihrer annimmt.

Die körperlichen Begleiterscheinungen der Dementia senilis sind ausser der unregelmässigen Störung des Schlafes ein sehr beträchtlicher Rückgang des allgemeinen Kräftezustandes, gewöhnlich auch eine Abnahme der Esslust. Die

Schriftprobe XVIII. Senile Zitterschrift.

abgemagerten Kranken sehen mit ihren gerunzelten Zügen und der fahlen Gesichtsfarbe meist noch älter aus, als sie wirklich sind; ihre Muskulatur ist schwach; die Körperkräfte sind gering. Der ergraute, spärliche Haarwuchs, der Greisenbogen an der Hornhaut, die Linsentrübungen, die Schwerhörigkeit, die Schwerfälligkeit der Bewegungen, das Zittern sind als Zeichen des Greisenalters auch bei unseren Kranken häufig. Die besonderen Eigentümlichkeiten der letztgenannten Erscheinung im Gegensatze zu dem Zittern der Paralytiker und der Trinker, die grosse Regelmässigkeit und Ausgiebigkeit der einzelnen Bewegungen, lässt die Schriftprobe XVIII deutlich er-

kennen. Dazu können sich eine Reihe von Erscheinungen gesellen, welche auf leichtere oder tiefere Veränderungen in der Hirnernährung hindeuten, Kopfschmerzen, Schwindel-, Schlaganfälle mit vorübergehenden oder andauernden aphasischen Erscheinungen, perseveratorische Störungen, ferner Hemianaesthesie, Hemianopsie, Ptosis, Hemiparesen des Gesichtes, der Zunge, der Extremitäten. Die Pupillen sind nicht selten eng, ungleich, reagieren träge, in einzelnen Fällen gar nicht; die Reflexe sind gesteigert, seltener geschwunden; die Sprache ist undeutlich. Vielfach bestehen neuritische Störungen, bisweilen Pruritus senilis. An den geschlängelten, starren Arterien, an dem harten, aber kleinen und verlangsamten, nicht selten unregelmässigen Pulse lassen sich oft schon im Leben die Zeichen der arteriosklerotischen Veränderungen erkennen, welche eine ungemein häufige Begleiterscheinung der Dementia senilis bilden.

Bei den höchsten Graden des Altersblödsinns geht das Verständnis der Lebensereignisse und die Orientierung allmählich ganz verloren. Die Kranken fassen wohl noch Anreden auf, geben auch einzelne sinngemässe Antworten, aber sie sind ganz unfähig, die Vorgänge in ihrer Umgebung zu begreifen, vergessen ungemein rasch, was sie erleben, und büssen mehr und mehr auch die früher erworbenen Kenntnisse ein. Sie haben daher keine Ahnung, wo sie sich befinden, reden die Personen ihrer Umgebung wahllos mit den Namen längst verstorbener Jugendbekannter an, kennen ihre eigenen Angehörigen nicht mehr, wissen nicht, wie alt sie sind, wie viel Kinder sie haben. Meist sind sie ungemein ablenkbar, vermögen keine Gedanken festzuhalten. Der Vorstellungskreis ist stark eingeengt; die gleichen Wendungen kehren immer wieder. Auch sinnlose, eigentümlich rhythmische, halb singende Wiederholung einzelner Wörter oder Silben wird beobachtet. Bisweilen bemerkt man in dem Fehlen der Hauptwörter und in der eigentümlichen Unbestimmtheit der Reden die Spuren aphasischer Störungen. Ein Beispiel dafür gibt die folgende Nachschrift:

„O Gott, wie ich dann herein gekommen bin in die Stube, wo die vielen sind, wie sie da auch sind in der Stube, da haben sie gekrischen und da haben sie mir mein Sach ausgezogen. Und da ist er heraus und die haben es zugemacht und haben mich hier dabei gelassen und die auch, wo da so kreischen,

und da haben sie mich in die Stube daneben hinein und da — ach Gott ich bin ganz verwälscht — es ist mir nicht ganz klar — mein Kopf — ich bin doch recht gescheidt."

Vielfach entwickeln sich ganz abenteuerliche, wechselnde Wahnbildungen, Verfolgungs- oder Grössenideen. Hier bestehen fliessende Übergänge zu den früher besprochenen Spätformen der Melancholie, deren unsinnigen hypochondrischen und nihilistischen Vorstellungen wir wieder begegnen. Der Kranke kann nichts mehr reden, nichts essen, ist tot, wird bestohlen, soll geschlachtet werden; man will ihn prügeln, ihm den Zwangskittel anziehen, den Bauch aufschneiden, die Därme herausnehmen: „die Wärter freuen sich schon darauf." Der Arzt ist ein Mörder, wird ihn vergiften; die Frau hält es mit anderen Männern; er muss die Leiden des Heilands durchmachen. Kleider, Geld, Kaffee ist für ihn angekommen; er besitzt Millionen, feine Weine, ist von Adel, muss zum Kaiser; Gott gehorcht ihm auf den leisesten Wink.

Bei der schweren Merkstörung pflegt die Neigung zum Fabulieren ganz besonders ausgebildet zu sein. Der Kranke erzählt von allen möglichen wahnhaft erfundenen Erlebnissen, dass er einen Brief erhalten, Besuch gehabt, einen Spaziergang gemacht habe. Er hat Kartoffeln herausgenommen, kommt soeben aus dem Stall. Gestern hat er beim Kaiser gespeist, im Kriege ein ganzes Regiment eigenhändig umgebracht, fabelhafte Reisen unternommen und Abenteuer erlebt, deren Einzelheiten sich durch Gegenfragen leicht beeinflussen lassen. Bei diesen Erzählungen lässt sich öfters ein gewisses Gefühl der Unsicherheit feststellen; der Kranke verbessert sich, nimmt auf eindringlichen Vorhalt seine Aussagen zurück, meint, er sei ganz irre, nicht richtig im Kopf. Einzelne Sinnestäuschungen, besonders des Gesichts, sind nicht selten.

Die Stimmung ist bald niedergeschlagen, ängstlich, verzagt, bald reizbar, unwirsch, bald entwickelt sich eine läppische Heiterkeit, die allerdings oft unvermittelt in weinerliche Angst umschlägt. Die Kranken jammern und schimpfen, kratzen, schlagen zu, sind eigensinnig und widerspenstig, machen plötzliche Selbstmordversuche; sie tänzeln mit freundlich-blödem Lächeln herum, springen ausgelassen durchs Zimmer, werfen

Kusshände. Oft sind sie sehr unruhig, ganz besonders des Nachts, gehen aus dem Bette, wollen fort, wühlen ihre Bettstücke durcheinander, packen alles zusammen, um abzureisen, zerstören, schmieren, kriechen und wischen am Boden herum, entkleiden sich am Tage, weil sie meinen, es sei Schlafenszeit. Sie werden hilflos und unrein; der Schlaf ist stets sehr gestört, die Nahrungsaufnahme bald gierig, bald ganz ungenügend.

Aus der Zahl dieser senilen Verblödungen hebt sich eine kleine Gruppe von Fällen heraus, die dadurch ausgezeichnet ist, dass trotz schwerster Störung der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses die geistige Regsamkeit, die Ordnung des Gedankenganges und bis zu einem gewissen Grade auch das Urteil leidlich erhalten bleiben. Wir wollen dieses sehr auffallende Krankheitsbild nach Wernickes Vorgang mit der Kahlbaumschen Bezeichnung der Presbyophrenie belegen. Die Kranken, in überwiegender Zahl Frauen, sind zugänglich und folgen ohne besondere Schwierigkeit auch einem längeren Gespräche; sie verstehen die Einzelheiten der sich um sie herum abspielenden Vorgänge, aber sie sind doch gänzlich ausser stande, sich irgendwie ein klares Bild von ihrer Lage und dem tieferen Zusammenhange der Ereignisse zu machen, allerdings ohne diese Unfähigkeit zu empfinden. Sie vergessen in unglaublich kurzer Zeit, was sie erlebt oder gehört haben; nur einzelne, sie gemütlich erregende Eindrücke haften fester; so wusste sich eine Kranke noch nach mehreren Tagen zu erinnern, dass ich sie des Diebstahls beschuldigt hatte, während sie vorgesagte Worte, Besuche, Mitteilungen schon binnen wenigen Minuten wieder vergessen hatte. Die örtliche, namentlich aber die zeitliche Orientierung ist daher auf das tiefste gestört. Die Kranken wissen auch nach monatelangem Anstaltsaufenthalte nicht, wo sie eigentlich sind, wie lange sie da sind, wie die Personen ihrer Umgebung heissen. Sie begrüssen Fremde wie alte Bekannte, meinen auf Zureden, sie müssten sie wohl schon gesehen haben, könnten sich nur auf den Namen nicht besinnen, bringen zweifelnd irgend eine ihnen von früher geläufige Bezeichnung vor. Sie kennen weder Tag noch Jahr, oft nicht einmal dasjenige ihrer Geburt, machen die wider-

sprechendsten Angaben über ihr Alter, wissen nichts vom Tode ihrer Eltern, erzählen mit der grössten Ruhe von ihren ganz kleinen Kindern, erwägen den Gedanken, eine neue Ehe einzugehen, während sie vielleicht gerade ihren längst verstorbenen Mann als noch lebend bezeichnet haben. Auch die Kenntnisse pflegen sehr gering zu sein. Das eingelernte Rechnen geht bisweilen noch leidlich; auch die kleinen Kenntnisse des täglichen Lebens, die Preise der Lebensmittel, Kochrezepte, haften ziemlich gut; alles, was darüber hinausgeht, ist völlig ausgelöscht, die Kenntnis der grossen politischen Ereignisse, geographische und geschichtliche Einzelheiten, oft auch der Name des Landesherrn und sogar Namen und Alter der eigenen Kinder. Vielfach kann man dabei bemerken, dass Vorstellungen aus weit zurückliegender Vergangenheit auftauchen, der eigene Mädchenname, der Name des früheren Fürsten, längst abgeschaffte Bezeichnungen für Münzen und Gewichte.

Dieser gewaltigen Einbusse ihres Vorstellungsschatzes werden sich die Kranken nur sehr undeutlich bewusst. Auf die an sie gerichteten Fragen meinen sie nur, dafür hätten sie sich niemals so interessiert, Frauen kümmerten sich um solche Dinge nicht, auf dem Lande brauche man das nicht zu wissen, sie hätten alles in der Hausbibel aufgeschrieben, könnten sich nur im Augenblick nicht so darauf besinnen. Die Lücken in der Erinnerung an die jüngste Vergangenheit füllen sie mit kleinen Verlegenheitserdichtungen aus, die sie auf Zureden auch wohl noch ein wenig ausschmücken. Am Morgen hätten sie geschafft; gestern waren sie bei den Eltern zu Besuch, haben dort Kaffee getrunken; andere Verwandte waren auch da. Jetzt sind sie hier, um mit zu helfen, gehen nachher gleich wieder heim zum Vereinsvorstand, der sie zur Arbeit bestellt hat und guten Lohn zahlt. Eigentliche Wahnbildungen pflegen dabei nicht hervorzutreten, ebenso wenig Sinnestäuschungen.

Das Urteil der Kranken ist, soweit es sich um früher erworbene und ihnen jetzt zur Verfügung stehende Begriffe handelt, ganz gut. Unsinnige Sätze, wie „Der Schnee ist schwarz“, „die Pferde bellen“, „die Diebe werden belohnt“ weisen sie lachend zurück oder schränken sie ein: „Der Schnee ist

schwarz, wenn Staub drauf fällt“. Während sie sich gleichgültige Erlebnisse meist ohne sonderliche Mühe einreden lassen, geraten sie in lebhafte Entrüstung, sobald man ihnen sagt, sie hätten gestohlen oder einen Meineid geleistet. Eine meiner Kranken erzählte darauf sofort, sie sei deswegen schon beim Bürgermeister gewesen, der ihr versichert habe, die Täterin sei eine andere Frau ihres Namens. Dagegen nehmen die Kranken auf dem Gebiete der zeitlichen Beziehungen die ungeheuerlichsten Widersprüche hin, ohne sie zu bemerken, ja ohne selbst dann Verständnis dafür zu gewinnen, wenn man sie ausdrücklich darauf hinweist. Sie finden es ganz in der Ordnung, dass ihr Vater ebenso alt sei wie sie selbst, dass ihr Sohn nur 4 Jahre jünger und dabei vor 10 Jahren auf die Welt gekommen sei, dass eine Frau von 86 Jahren noch Kinder gebären könne. Das sei alles möglich und schon vorgekommen, meinte eine Kranke.

In der Unterhaltung sind die Kranken lebhaft, oft redselig und ziemlich geordnet, wenn sie auch vielfach abschweifen. Bruchstücke einer solchen Unterredung bietet die folgende Nachschrift, bei der die Fragen des Arztes in Klammern beigefügt sind:

„(Wo kommen Sie denn her?) Von drüben, von daheim, vom Vater. (Wie alt ist denn Ihr Vater?) Der Vater? — Mein Vater? — Der wird schon 25 Jahr alt sein. Nur nicht so genau! (Wie alt sind Sie?) Wie alt ich bin? Ich hab' die vorige Woche oder die Woche hab' ich gerade meinen . . habe ich gerade meinen . . wie sagt man? Dann, wenn man aus der Schul' kommt oder wie, dass ich halt nicht mehr gehen brauch in die Nähschul und Strickschul, wie es eben heisst, und da bin ich eben draus, wo meine Leut sind. (Wie alt Sie sind?) Wie alt, dass ich jetzt bin? Ha, meine Schwester ist die ältest, und die hab' ich noch die . . . wie sagt man, ach Gott . . . die Dinger machen müssen, ach Gott, wie heisst man's denn? Wie sagt man doch in den Ortschaften dazu, dass sie auch recht sind, dass man sie brauchen kann. (Wie alt Sie sind?) Wie alt, dass ich bin? Ich bin 24 Jahr alt. (So?) Ja. (Und der Vater?) Ha, der ist 25. (Sie sind verheiratet?) Nein, ich bin nicht verheiratet. (Leben Ihre Eltern noch?) Ja, Vater und Mutter und ein Bruder. (Wie alt ist Ihr Vater?) Hm, der ist noch nicht so alt. (Ungefähr?) Der wird alt sein, der wird alt sein, 26. Wenn er grad daheim ist, da könnten Sie einmal zu uns kommen, da könnten wir schwätzen von dem und von jenem. Unser Vater ist ein fleissiger Mann. (Wann haben Sie ihn zuletzt gesehen?) Ein Jahr. (Wann sind Sie geboren?) 1832 bin ich ge-

boren. (Welches Jahr haben wir jetzt?) Da muss man grad meinem Vater sagen: Vater gib Dein — Dein Ding, dann kann man's grad lesen. (Welches Jahr?) Welches Jahr alleweil? Alleweil werden wir haben vierund . . . Da guck ich nicht so nach. (Sie werden doch wissen, welches Jahr wir haben!) Ja, ja, 1832, 33, 34. (Jetzt?) Ich kann es nicht so genau lesen; wenn ich heim komme, frage ich meine Schwester und sage ihr: Du schreibst es mir auf. (Wo waren Sie gestern, am Sonntag?) Ich geh nicht fort. (Wo waren Sie heute?) Bin auch daheim gewesen; da haben wir draussen die Sach' gehabt. (Sind Sie verheiratet?) Nein. (Sie heissen aber doch Frau B.?) Ja, Frau B. (Wie heisst denn Ihr Mann?) Ach Gott, wenn ich's aber nicht grad' sagen kann. (Sie sind angezeigt wegen Diebstahls.) Ich bin angezeigt wegen Diebstahls! (lacht) Das kümmert mich nicht. Wir haben daheim genug. Uns Diebstahl! Ja, sonst nichts mehr? Das fällt mir nicht ein. Die müssen mich grad nicht leiden können oder sonst. Aber ein Diebstahl! Das war mir noch nicht da. Wir haben zu leben. (Sie haben doch das Portemonnaie mit den 3 M. gefunden und nicht hergegeben!) Es hat niemand nichts zu mir gesagt, dass ich es hergeben soll. (Wo haben Sie es denn gelassen?) Wir haben es heim genommen in unser Haus. (Wann war denn das?) Wann das gewest ist? Das ist vielleicht 4, 5 Tage. (Vormittags oder nachmittags?) Vormittags. (Wo haben Sie es denn gefunden?) Auch in unserem Acker, den wir haben. (Da haben Sie es gefunden?) Ja. Die Leute sind eben auch missgünstig und wollen auch etwas hineinkriegen in einen. Der Vater hat aber gleich gesagt: Sei nur zufrieden; ich werde mit denen schon schwätzen. (Wie alt sind Sie?) Ha, ich muss meinen Vater fragen; ich weiss gerade nicht, wieviel. (Ungefähr?) Im höchsten Fall 30; mehr nicht für alleweil. (Kennen Sie mich denn?) Sie kenne ich schon lange, kann aber nicht genau sagen, wie Sie heissen . . . Wie heisst er denn? . . . Ach . . . gelt, Sie heissen nicht Nikolaus, nein?"

Eine Reihe der obenerwähnten Eigentümlichkeiten der Presbyophrenie, die völlige Unklarheit über Ort, Zeit und Personen, die in der Wiederholung der Fragen sich ausdrückende Erschwerung des Verständnisses, die Urteilslosigkeit in bezug auf Zeitverhältnisse, die Neigung zu kleinen Konfabulationen, die Zugänglichkeit für Einreden, der Widerstand gegen gemütlich erregende Suggestionen, treten hier deutlich hervor. Bemerkenswert ist es, wie sich dieser Widerstand mässigt, als nicht mehr vom Diebstahl, sondern von einer einfachen Fundunterschlagung die Rede ist. Ausserdem macht sich die Ablenkbarkeit der Kranken und ihre Unfähigkeit, die gesuchten Bezeichnungen zu finden, mehrfach geltend.

Die Stimmung der Kranken ist meist eine freundlich-lustige, seltener einmal vorübergehend weinerlich oder ge-

reizt. Sie zeigen Teilnahme und Mitleid für ihre Umgebung, sind für Scherze empfänglich und pflegen sich rasch einzuleben. Sie benehmen sich im allgemeinen geordnet, beschäftigen sich auch wohl ein wenig, schwatzen mit Diesem und Jenem, werden aber zeitweise unruhig, packen ihre Bettstücke zusammen, drängen fort, laufen planlos ausser Bett herum.

Ob die Presbyophrenie eine eigenartige Erkrankung oder nur eine Zustandsform darstellt, ist zweifelhaft. Jedenfalls beobachtet man bei einfachem Altersblödsinn vorübergehend ganz ähnliche Bilder, die dann durch Wiederkehr der Klarheit ihr früheres Gepräge wiedergewinnen können; andererseits kann die Presbyophrenie durch Verlust der geistigen und gemütlichen Regsamkeit in einfache, stumpfe Verblödung übergehen. Bisweilen sieht man jedoch das Krankheitsbild eine Reihe von Jahren ziemlich unverändert fortbestehen. Die Entwicklung desselben erfolgt in der Regel allmählich, scheint sich aber unter Umständen auch nach unbedeutenden Vorboten binnen wenigen Monaten oder gar Wochen vollziehen zu können. Zeichen gröberer Hirnveränderungen, insbesondere Lähmungen und Anfälle, sind auffallend selten; meist handelt es sich um Personen, die körperlich ziemlich rüstig sind.

Man hat die Presbyophrenie vielfach mit der Korssakowschen Psychose in nähere Beziehung gebracht. Das ist indessen nur insoweit berechtigt, als beiden Krankheiten ein einzelnes Krankheitszeichen gemein ist, die schwere Störung der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses. Die Zusammenfassung beider Erkrankungen auf Grund dieser Übereinstimmung hat klinisch nicht mehr Wert, als wenn man etwa von einer paralytischen Manie oder Melancholie spricht. Offenkundig sind sie ja nach Ursache, Entwicklungsart, Verlauf und Ausgang so unähnlich wie irgend möglich. Aber auch die Zustandsbilder selbst bieten doch nur eine rein äusserliche Übereinstimmung. Die Gedächtnisstörung, die geistige Verarmung, die Urteilslosigkeit der Presbyophrenen ist unvergleichlich viel tiefgreifender, als diejenige der Korssakowschen Alkoholisten, die fast ganz ungestört über den geistigen Erwerb der ersten Lebensjahrzehnte verfügen können. Auf der anderen Seite pflegen diese letzteren gleichgültiger und stumpfer zu sein,

während sich bei der Presbyophrenie die senile Unruhe und Geschwätzigkeit deutlich geltend macht. Auch die Stimmungsfärbung ist durchaus verschieden, dort die leicht humoristische Selbstzufriedenheit des Trinkers, hier eine leere, läppische Heiterkeit.

Auf der Grundlage des Altersschwachsinns können sich weiterhin eine Reihe von Krankheitsbildern entwickeln, in deren klinischer Gestaltung mehr oder weniger deutlich der Einfluss der allgemeinen psychischen Rückbildung zum Ausdrucke kommt. Wir sehen dabei ganz ab von denjenigen Störungen, die in jedem und somit auch in hohem Alter eintreten können, wenn auch eine gewisse Färbung derselben durch die Greisenveränderungen sich häufig genug beobachten lässt.

Die überwiegende Mehrzahl der Geistesstörungen des Greisenalters sind Depressionszustände, deren senile Gestaltungen wir bereits in dem Abschnitte über Melancholie eingehender geschildert haben. Erheblich seltener sind manische Erregungszustände, entweder in der leichteren Form der Hypomanie oder mit starker ideenflüchtiger Verwirrtheit, Wahnbildungen und Sinnestäuschungen. Sie sind nach meiner Überzeugung einfach als Spätformen des manisch-depressiven Irreseins aufzufassen und nehmen auch denselben günstigen, öfters periodischen oder mit Depressionen wechselnden Verlauf. Unter Umständen kann das klinische Bild durch die Entwicklung arteriosklerotischer oder seniler Zutaten verwischt werden.

Etwas anders liegt die Sache, wie mir scheint, mit gewissen deliriösen Erkrankungen des Greisenalters; hier dürften wir wahrscheinlicher eigenartige Äusserungen der senilen Hirnveränderungen vor uns haben. Es handelt sich um plötzlich sich entwickelnde und rasch verlaufende verwirrte Aufregungszustände mit lebhaften Sinnestäuschungen. Regelmässig sind schon einzelne Zeichen des beginnenden Altersblödsinns einige Zeit voraufgegangen. Den äusseren Anstoss zum Ausbruche des Deliriums gibt eine akute Erkrankung, ein Fall, eine gemütliche Aufregung; bisweilen schliesst es sich an einen Schlaganfall an; öfters ist auch gar kein Anlass auffindbar.

Die Kranken werden unter starker Trübung des Bewusst-

seins rasch völlig verwirrt, sind nicht zu fixieren, hallucinieren und geraten in eine äusserst hochgradige Erregung hinein, welche binnen kurzem für sie verhängnisvoll werden kann. Aus ihren kaum verständlichen Reden entnimmt man, dass sie sich vergiftet, verhext glauben, dass der Teufel vor der Türe steht, Leute mit Beilen, Pistolen und Messern hereindringen, dass ein Schaffot gezimmert wird. Sie sind in der Unterwelt, von feindlichen Mächten umgeben, sehen das Gnadenlicht nicht mehr; die Polizei ist da; die Welt geht unter. Sie erblicken Gestalten an der Decke, hören Stimmen, Singen, drohende Zurufe, geschlechtliche Vorwürfe; es wird Sand in das Zimmer geworfen. Die Umgebung wird vollständig verkannt.

Die Stimmung ist meist ängstlich oder gereizt, vorübergehend aber auch heiter und vergnügt oder teilnahmlos, brütend. Die sprachlichen Äusserungen sind ganz zusammenhangslos, weitschweifig, ideenflüchtig, beschränken sich oft auf abgerissene, kaum verständliche Worte oder die eintönige Wiederholung einzelner sinnloser Silben; dabei besteht meist ausgeprägter Rededrang. Hie und da wird Echolalie beobachtet. Die Kranken sind unruhig, nahezu schlaflos, drängen fort, rütteln an den Türen, schlagen die Fenster entzwei, schreien laut, rufen um Hilfe, schimpfen und drohen; sie verkriechen sich, rutschen am Boden herum, zerreissen, wischen, schmieren, wälzen und rollen sich, beissen, knirschen mit den Zähnen, widerstreben sinnlos, verweigern die Nahrung. Bei den Dunkelzimmerdelirien nach Kataraktoperationen, die vielleicht auch zum Teil hierher gehören, pflegt die motorische Erregung nicht so stürmisch zu sein; dagegen treten Täuschungen des Gesichts wie des Gehörs stärker in den Vordergrund.

Der Verlauf dieser Formen zeigt fast regelmässig Schwankungen, plötzliche Nachlässe mit mehr oder weniger vollständiger Rückkehr der Besonnenheit. Bisweilen setzt kurze Zeit nachher das Delirium wieder ein, oder aber die Erregung geht in einen Zustand von weinerlich-ängstlicher Schwäche über, der sich allmählich wieder verlieren, aber auch ein bleibender sein kann. Im ungünstigsten Falle steigert sich die Erregung rasch zu sehr hohen Graden; es kommt zu Flocken-

lesen und Fädenspinnen, zu äusserstem Verfalle der Kräfte und zu tötlichem Zusammenbruche infolge von Erschöpfung, Schluckpneumonie oder zufälligen Erkrankungen und Verletzungen.

Eine eigenartige Erscheinungsform des Altersblödsinns bildet schliesslich noch der senile Verfolgungswahn, der dem entsprechenden Krankheitsbilde der früheren Lebensalter in vieler Beziehung ähnlich ist und wohl ohne scharfe Grenze in denselben übergeht. Auch diese Form entwickelt sich ganz allmählich, indem die Kranken verschlossen, reizbar, misstrauisch werden, sich zurückziehen und der Umgebung feindlich gegenüberstellen. Nach und nach wird es deutlich, dass sie von Wahnvorstellungen beherrscht sind. Sie glauben sich bestohlen, von den Nachbarn verhöhnt, geschmäht, entdecken Gift in ihren Speisen; Gebrauchsgegenstände werden ihnen verdorben und vertauscht. Meist sind diese Wahnvorstellungen ziemlich dürftig, verworren und zusammenhangslos, werden nicht weiter ausgebildet, können aber längere Zeit unverändert bleiben. Öfters bestehen einzelne Sinnestäuschungen („Du musst verrecken"), namentlich bei schwerhörigen Kranken. Sie hören Schimpfworte, Drohungen, fühlen, dass sie elektrisiert, mit Glassplittern beschossen, mit Säuren bespritzt, mit Dampfausströmungen gequält werden, dass man ihnen künstlich den Stuhlgang zurückhält, Pferdestaub in den Hals bläst. Die Besonnenheit und Orientierung der Kranken bleibt vollkommen erhalten. Dagegen verkennen sie leicht die Personen ihrer Umgebung, bringen fabulierende Erzählungen über dieselben vor, verflechten sie in ihre Wahnbildungen. Die Stimmung ist im allgemeinen gleichmütig, hie und da gereizt, bisweilen selbstbewusst und hochfahrend. Die Kranken benehmen sich geordnet, beschäftigen sich, sind leicht lenkbar, nur zeitweise erregter. —

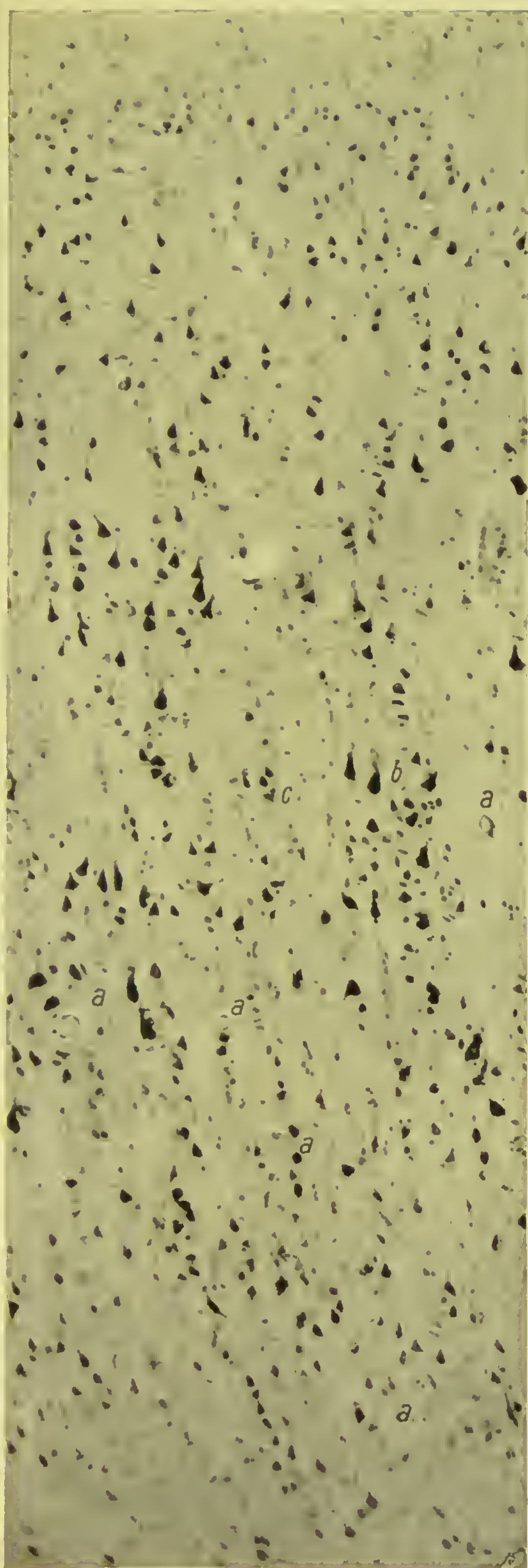
Die Entwicklung des Altersblödsinns beginnt meist erst zwischen dem 65. und 75. Lebensjahre, doch kann sich bei einzelnen, schon ursprünglich schwach veranlagten, durch aufreibende Lebenserfahrungen, schwere Überarbeitung und namentlich durch Giftwirkungen „verbrauchten" Menschen auch bereits erheblich früher, selbst schon gegen Ende des fünften

Lebensjahrzehntes, ein vorzeitiges Greisentum (Senium praecox) einstellen. Bei dem stärker durch Arbeit und Ausschweifungen gefährdeten Manne scheint der Eintritt des gewöhnlichen Altersblödsinns im allgemeinen etwas früher zu erfolgen, als beim weiblichen Geschlechte. Die Erblichkeit spielt hier anscheinend keine grosse Rolle; nur bei wenig mehr, als der Hälfte der Fälle mit bekannter Vorgeschichte fand ich Geistesstörung in der Familie. Fast ausschliesslich handelte es sich um kranke Geschwister, wohl auch um altersblödsinnige Eltern; der Verdacht unvollkommener Nachrichten über die Schicksale der Vorfahren erscheint daher sehr begründet. Einzelne der Kranken waren von jeher schwach im Kopf. Sehr vielfach hört man, dass sich die ersten Zeichen der Verblödung nach äusseren Schädigungen, nach einer Kopfverletzung, einer fieberhaften Krankheit, besonders Influenza, Bronchialkatarrh, nach einer heftigen Gemütsbewegung gezeigt haben.

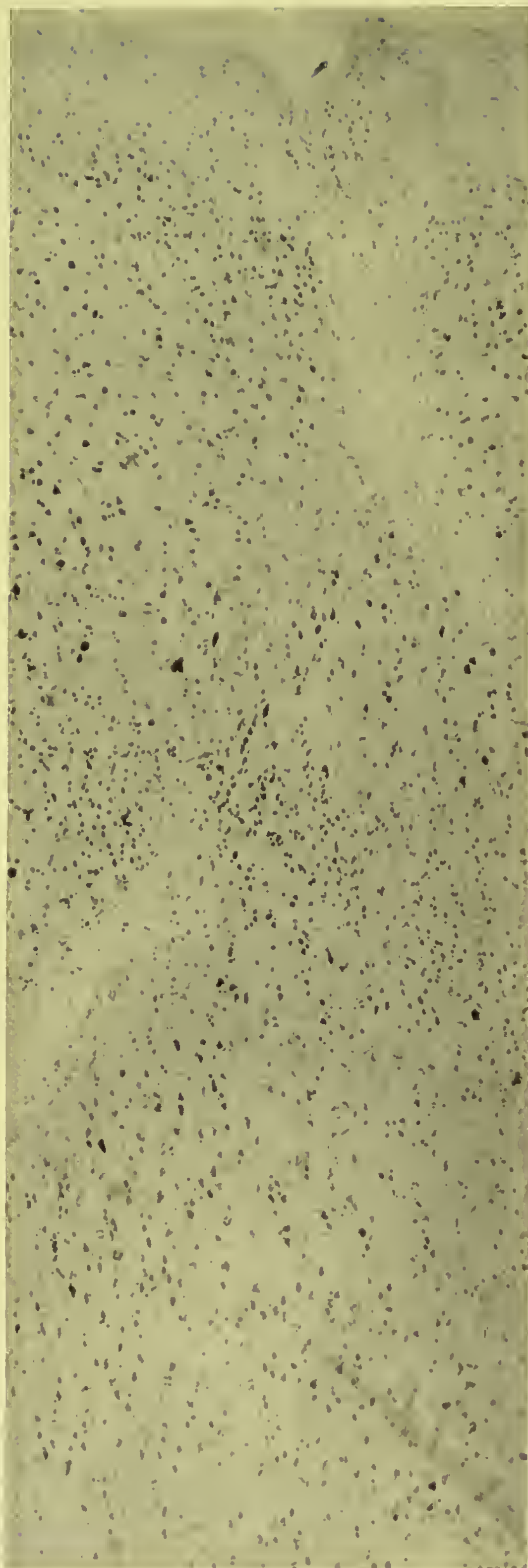
Der Leichenbefund*) zeigt uns in schwereren Fällen des Altersblödsinns makroskopisch wie mikroskopisch deutliche Atrophie der Nervensubstanz. Das Hirngewicht ist verringert, nach Forels Wägungen im Mittel um 200 g; das Volumen hat abgenommen (kompensatorische Schädelverdickungen und hydropische Serumansammlungen); die Rinde der gesamten Hirnwindungen ist gleichmässig verschmälert. Die Nervenzellen erscheinen in verschiedenem Grade atrophisch, vielfach sehr stark pigmentiert; dazu können sich alle die akuteren Veränderungen gesellen, die wir schon bei der Paralyse als Ausdruck allgemeiner Erkrankungen der Nervenzellen kennen gelernt haben. Oft fallen diese in weitester Ausdehnung der Vernichtung und Verödung anheim. Auch von den markhaltigen Nervenfasern geht in den Tangential- wie in den Radiärbahnen ein mehr oder weniger grosser Teil zugrunde. Die Neuroglia erscheint gewuchert; ihre Kerne sind vermehrt; man beobachtet ungemein zarte Zellleiber, Rasenbildungen, Entwicklung dichter Netze von feinsten Gliafasern. Zugleich aber machen sich ausgebreitete Rückbildungsvorgänge bemerkbar, starke Pigmentierung, Vakuolisierung, Schrumpfung des Kernes.

---

*) Campbell, Journal of mental science, 1894, 638.



1



2

1. Hirnrinde von seniler Demenz. 2. Senile Rindenverödung.

Allerdings scheint der Krankheitsvorgang beim Altersblödsinn nicht immer derselbe zu sein, wie wir ja auch klinisch eine Reihe verschiedener Formen auseinanderhalten. Einstweilen ist es jedoch noch nicht möglich, zwischen den einzelnen klinischen und anatomischen Bildern nähere Beziehungen herzustellen.

Die Figur 1 der Tafel VIII gibt uns das Bild einer senilen Rindenerkrankung. Wir erkennen hier zunächst im Gegensatze zu dem Befunde bei Arteriosklerose auf Tafel VI, dass eine recht grosse Zahl von Nervenzellen verhältnismässig gut erhalten ist. Stärkere Ausfälle finden sich namentlich in den äusseren Rindenschichten, unter den kleinen und mittleren Pyramidenzellen, während die Reihen der grossen Pyramiden nur in geringem Grade gelichtet erscheinen. Die erhaltenen Rindenzellen erweisen sich im allgemeinen als wenig geschädigt; sie zeigen meist das Bild der von Nissl als chronische Veränderung beschriebenen Erkrankung. Bei genauerer Durchsicht des Bildes findet man aber neben fast normalen in allen Abstufungen absterbende und völlig zugrunde gegangene Zellen; eine solche Reihe ist mit b, c, d bezeichnet; man erblickt überall entsprechende Bilder. Der Krankheitsvorgang selbst erweist sich bei stärkerer Vergrösserung als eine fortschreitende Rarefizierung mit starker Pigmenteinlagerung. Diese unmittelbare Vermischung der verschiedensten Abschnitte desselben chronisch verlaufenden Krankheitsvorganges scheint, wie ich Nissls Ausführungen entnehme, bis zu einem gewissen Grade der senilen Verblödung eigentümlich zu sein.

Von den Gliaveränderungen, bei denen neben den Wucherungsvorgängen sehr stark die Neigung zur Rückbildung ausgesprochen war, ist auf unserem Bilde nichts zu erkennen. Dagegen zeigt sich, was durch die Photographie aufgedeckt und dann erst unmittelbar erkannt wurde, dass die Gefässe auch hier, freilich in bedeutend schwächerem Grade, als bei der Arteriosklerose, die Zeichen der hyalinen Entartung aufweisen; man vergleiche die mit a bezeichneten Stellen. Da dieser Befund auch in Fällen beobachtet wird, die mit der Arteriosklerose bestimmt gar nichts zu tun haben, ist er nicht etwa geeignet, die aus klinischen wie anatomischen Grün-

den sonst zu Recht bestehende Grenze zwischen seniler und arteriosklerotischer Verblödung zu verwischen. In den Endothelial- und Adventitialzellen findet sich reichliche Pigmentanhäufung. Die zarten Hirnhäute sind getrübt und verdickt; auch pachymeningitische Erkrankungen, namentlich Hämatome, sind verhältnismässig häufig. Im Rückenmarke und an den peripheren Nerven lässt sich ebenfalls der Untergang zahlreicher Nervenfasern sowie Wucherung des Stützgewebes und Verdickung der Gefässe nachweisen.

Aus der Tatsache, dass die Blutgefässe beim einfachen Altersblödsinn in verhältnismässig geringem Grade erkrankt sind, dürfen wir wohl den Schluss ziehen, dass Gefässveränderungen keinesfalls, wie man früher vielfach angenommen hat, die eigentliche Ursache der senilen Krankheitsvorgänge sein können. Das wird auch durch die andere Erfahrung dargetan, dass wir bisweilen gute Erhaltung der psychischen Leistungsfähigkeit trotz ausgedehnter Erkrankung der Hirngefässe beobachten. Dennoch steht es fest, dass stärker oder schwächer ausgebildete arteriosklerotische Erkrankungen ungemein häufige Begleiterscheinungen des Altersblödsinns sind. Es scheint sogar, dass gar nicht selten wirkliche klinische und anatomische Mischformen von seniler und arteriosklerotischer Hirnerkrankung vorkommen. Es sind das namentlich jene Erkrankungen, die Alzheimer als „senile Hirnverödung“ beschrieben hat. Hier finden sich neben ausgebreiteter seniler Hirnatrophie arteriosklerotische Herde, die von der Rindenoberfläche keilförmig um die Gefässe herum eindringen. In dem klinischen Bilde gesellt sich zu den mehr umschriebenen Ausfallserscheinungen eine tiefe allgemeine Verblödung.

Ein Beispiel davon gibt das Übersichtsbild Figur 2 der Tafel VIII. Man sieht hier deutlich den umschriebenen Ausfall der Nervenzellen im Zuge eines von der Oberfläche her in die Rinde eintretenden Gefässes, während die angrenzenden Rindengegenden nur verhältnismässig geringfügige Veränderungen erkennen lassen. Die strangförmigen, narbenartigen Gliawucherungen in derartigen Herden erkennt man in der Figur 4 der Tafel VII.

Der unmerkliche Übergang der ausgeprägten Formen des

Altersblödsinns in die gewöhnlichen psychischen Veränderungen der Greise macht eine scharfe Abgrenzung derselben von der Gesundheitsbreite unmöglich. Bis zu einem gewissen Grade ist daher die Kennzeichnung des Krankhaften hier vollkommen willkürlich, wenn auch das Auftreten von Wahnideen und stärkeren Erregungszuständen natürlich an der Überschreitung der gesunden Grenzen keinen Zweifel mehr zulässt. Andererseits gehen die senilen Geistesstörungen auch ganz allmählich in diejenigen der Rückbildungsjahre über, in denen sich ja gewissermassen die Einleitung des Greisenalters vollzieht. Bei den Depressionszuständen kündigt sich die geistige Schwäche des Alters durch die Dürftigkeit und Verworrenheit der Wahnbildungen, das Auftreten von Merkstörungen und Gedächtnisschwäche sowie durch gemütliche Stumpfheit an.

Recht schwierig kann sich unter Umständen aus naheliegenden Gründen die Abgrenzung des senilen und präsenilen Schwachsinns von den verschiedenen Formen der arteriosklerotischen Hirnerkrankung gestalten. Wir können hier nur darauf hinweisen, dass Herderscheinungen an sich dem Altersblödsinn nicht eigentümlich sind, sondern eben auf begleitende Gefässerkrankungen hinweisen. Je stärker also in dem Krankheitsbilde die Zeichen einer gröberen, einzelne Herde bildenden Hirnerkrankung hervortreten, desto grösser ist die Rolle der arteriosklerotischen Veränderungen einzuschätzen. Umgekehrt wird ein rascher, allgemeiner Rückgang der psychischen Leistungen, namentlich eine schwere Merkstörung, mehr auf Rechnung einer senilen Rindenerkrankung zu setzen sein. Ganz ähnliche Gesichtspunkte gelten für die Abgrenzung von den luetischen Geistesstörungen. Die körperlichen Krankheitserscheinungen, die Anfälle und Lähmungen, beherrschen bei den luetischen Psychosen das Bild, während die Verblödung niemals oder doch erst nach sehr langer Dauer des Leidens annähernd so hohe Grade erreicht wie bei den senilen Formen. Dafür treten Wahnbildungen und Sinnestäuschungen ungleich mehr in den Vordergrund. Dass auch die Vorgeschichte, die besondere Art der körperlichen Zeichen (Augenmuskellähmungen, Optikusatrophie) sowie das Lebensalter beim Beginn der Erkrankung wichtige Anhaltspunkte liefern können, bedarf keiner weiteren Ausführung. Die Möglichkeit einer gelegentlichen Ver-

bindung beider Erkrankungen wird indessen wohl zugegeben werden müssen.

Auch die Unterscheidung des Altersblödsinns von der Paralyse kann in einzelnen Fällen notwendig werden. Hier sind es ebenfalls in erster Linie die körperlichen Zeichen, die in Betracht kommen. Die reflektorische Pupillenstarre ist nur mit Vorsicht zu verwerten; dagegen verdienen die paralytische Sprach- und Schriftstörung, die Hypalgesie, die Anfälle ohne dauernde Lähmungen grösste Beachtung. Auf psychischem Gebiete ist zu bemerken, dass beim Altersblödsinn zunächst die Merkstörung viel stärker zu sein pflegt, als die Abschwächung des Gedächtnisses. Frühere Kenntnisse und Erinnerungen haften bisweilen noch recht gut, wenn die Merkfähigkeit bereits schwer geschädigt ist. Bei der Paralyse findet sich dieses Missverhältnis nicht oder doch lange nicht in gleichem Grade. Die Wahnbildungen sind in der Regel reicher, dauern länger an; die Färbung der Stimmung ist viel lebhafter. Niemals begegnen wir beim Altersblödsinn dem strahlenden Glücksgefühl des Paralytikers; die Kranken sind stumpfer, flacher in ihren Gefühlsäusserungen; misstrauische, unzufriedene, reizbare Stimmungen sind sehr viel häufiger. Zugleich zeigen die Kranken ein unruhigeres und unlenksameres Verhalten, als die ihnen vergleichbaren, blöde, aber euphorisch dahindämmernden Paralytiker.

Die senilen Delirien werden sich zur Zeit klinisch, soweit ich sehe, wesentlich nur durch die einleitenden oder begleitenden Erscheinungen des Altersblödsinns von anderen ähnlichen Formen unterscheiden lassen. Der senile Verfolgungswahn geht in den präsenilen Beeinträchtigungswahn vielleicht unmerklich über. Immerhin ist hier neben den sonstigen Zeichen der eigenartigen senilen Verblödung auf den Verlust der geistigen Regsamkeit, die ärmlichere Ausbildung und die Unsinnigkeit der Wahnvorstellungen wie auf die gemütliche Stumpfheit des Greisenalters hinzuweisen. Ob und wo eine Grenze gegenüber den klinisch ähnlichen Formen der Dementia praecox zu ziehen ist, vermag ich zur Zeit noch nicht mit Sicherheit zu sagen. Es ist möglich, dass wir hier vielleicht noch Krankheitsbilder von ganz verschiedener Bedeutung zusammenwerfen. Man könnte z. B. daran denken, dass die Fälle mit ausgeprägtem

Wahne körperlicher Beeinflussung einerseits, diejenigen mit tiefer Merk- und Gedächtnisstörung andererseits voneinander abzutrennen seien, doch haben sich zunächst die Bemühungen, hier klar umgrenzte Gruppen zu bilden, als erfolglos erwiesen. Wir bedürfen dabei wohl notwendig der Führung durch die pathologische Anatomie.

Die Behandlung der Krankheit hat naturgemäss meist nur einen sehr engen Spielraum. So ziemlich alles, was geschehen kann, ist sorgsame körperliche Pflege und Überwachung der oft gebrechlichen und hinfälligen Kranken, Regelung der gesamten Lebensweise, insbesondere der Ernährung, Bekämpfung der Angst durch kleine Opiumgaben, der Schlaflosigkeit durch Bäder, vorsichtige Wicklungen, gelegentliche Darreichung von Alkohol, Paraldehyd, Trional. In den deliriösen Aufregungszuständen ist häufiger die Anwendung des Polsterbettes, des Dauerbades sowie die Sondenfütterung mit oder ohne Zusatz eines Beruhigungsmittels notwendig. Andererseits ist bei den ruhigen Schwachsinnsformen sehr häufig die Anstaltsbehandlung unnötig und unter günstigen häuslichen Verhältnissen durch die Verpflegung in der Familie oder in einer Pfründe vollständig zu ersetzen.

IX. Das manisch-depressive Irresein.*)

Das manisch-depressive Irresein, wie es in diesem Abschnitte geschildert werden soll, umfasst einerseits das ganze Gebiet des sogenannten periodischen und cirkulären Irreseins, andererseits die meist noch davon unterschiedene einfache Manie. Im Laufe der Jahre habe ich mich mehr und mehr davon überzeugt, dass alle die genannten Bilder nur Erscheinungsformen eines einzigen Krankheitsvorganges darstellen. Möglich ist es freilich, dass sich späterhin eine Reihe von Unterformen bilden oder auch einzelne kleine Gruppen wieder ganz abspalten werden; wenn das aber geschieht, so werden dabei nach meiner Ansicht ganz gewiss nicht diejenigen Zeichen massgebend sein dürfen, die man zurzeit in den Vordergrund zu stellen pflegt. Was mich zu dieser Stellung in der Frage veranlasst, ist die Erfahrung, dass sich alle angeführten Krankheitsbilder trotz vielfacher äusserlicher Verschiedenheiten doch aus den gleichen Grundzügen zusammensetzen. Kennt man diese, so wird man, abgesehen von gewissen praktischen Schwierigkeiten, fast immer imstande sein, aus ihnen die Zugehörigkeit des einzelnen Zustandsbildes zu dem grossen Formenkreise des manisch-depressiven Irreseins zu erschliessen und damit eine Reihe von Anhaltspunkten für die besondere klinische und prognostische Bedeutung des Falles zu gewinnen. Auf der anderen Seite ist es, soviel ich sehe, gänzlich unmöglich, irgendwelche bestimmten Grenzen zwischen den einzelnen, bisher auseinandergehaltenen Krankheitsbildern aufzufinden. Von der „einfachen" Manie führen die zahlreichen Beobachtungen mit 2, 3, 4

*) Kirn, Die periodischen Psychosen. 1878; Mendel, Die Manie, eine Monographie. 1881; Emmerich, Schmidts Jahrbücher CXC, 2; Pick, Circuläres Irresein, Eulenburgs Realencyclopädie, 2. Auflage; Hoche, Über die leichteren Formen des periodischen Irreseins. 1897; Hecker, Zeitschrift für praktische Ärzte, 1898, 1; Pilcz, Die periodischen Geistesstörungen. 1901; Thalbitzer, Den manio-depressive Psykose, Stemmingssindsygdom. 1902.

Anfällen im Leben ganz unmerklich zur periodischen Form hinüber, und von dieser gelangen wir zum cirkulären Irresein durch jene Fälle, in denen immer deutlichere depressive Vor- oder Nachstadien das reine Bild der Manie allmählich trüben, oder in denen die lange Reihe der manischen Anfälle unvermutet einmal durch einen Depressionszustand unterbrochen wird.

Es gibt keinen Irrenarzt, und kann nach meiner Überzeugung keinen geben, der imstande wäre, aus dem *Zustandsbilde* allein zu erkennen, ob ein gegebener Krankheitsfall als einfache, als periodische Manie oder als cirkuläres Irresein aufzufassen ist. So verschiedenartig sich auch das Bild der Erregung oder Verstimmung an sich gestalten kann — für die besondere klinische Deutung des Falles erfahren wir daraus ebensowenig, wie wir etwa die verschiedenen Gestaltungen der paralytischen Erregung und Depression zu Schlüssen über den mutmasslichen weiteren Verlauf verwerten können, abgesehen natürlich in beiden Fällen von gewissen allgemeinen statistischen Regeln, die im einzelnen Falle sehr trügerisch sein und daher niemals zur Abgrenzung wirklicher Krankheiten dienen können.

Auf der anderen Seite erscheint es mir zweifellos, dass alle die verschiedenen Zustandsbilder miteinander auf das nächste verwandt sind, namentlich deswegen, weil wir sie häufig genug unmittelbar ineinander übergehen sehen. Ähnlich wie wir in den äusserlich so mannigfaltigen Zustandsbildern des epileptischen Irreseins, der Dementia praecox, der Paralyse doch immer wieder den bestimmten zugrunde liegenden Krankheitsvorgang erkennen, wie sich dort bei demselben Kranken alle jene Bilder nacheinander entwickeln können, so gibt es auch für das manisch-depressive Irresein einen ganz bestimmten Kreis von klinischen Erscheinungsformen, die miteinander abwechseln, ohne dass wir berechtigt wären, die so entstehenden zahllosen Spielarten des Krankheitsbildes auf wesentlich verschiedene Grundvorgänge zurückzuführen. Dagegen sind wir durchaus in der Lage, auch jedes kleinste Bruchstück eines hierher gehörigen Krankheitsverlaufes ohne weiteres in den grossen Rahmen des manisch-depressiven Irreseins einzuordnen; zu den übrigen Gruppen von Geistesstörungen, abgesehen etwa vom Entartungsirresein, führen keine Brücken hinüber. Aus allen diesen Gründen sehe ich mich veran-

lasst, den klinischen Formenkreis des manisch-depressiven Irreseins als eine Einheit aufzufassen und die einzelnen Zustandsbilder und Verlaufsarten als Sondergestaltungen des einen gemeinsamen Krankheitsvorganges darzustellen.

Das manisch-depressive Irresein verläuft, wie schon sein Name andeutet, in einzelnen Anfällen, die entweder die Zeichen einer sogenannten manischen Erregung, Ideenflucht, gehobene Stimmung und Betätigungsdrang, oder diejenigen einer eigenartigen traurigen Verstimmung mit Erschwerung des Denkens und psychomotorischer Hemmung oder endlich eine Mischung beider Zustände darbieten.

Wie durch Versuche bei uns gezeigt werden konnte, ist die Auffassung äusserer Eindrücke in der Manie regelmässig beeinträchtigt, bisweilen sogar sehr erheblich; nur bei ganz leichten Formen der Störung finden wir Werte, die etwa niederen Leistungen Gesunder entsprechen, aber doch entschieden hinter dem Durchschnitt zurückbleiben. Bemerkenswert ist dabei die verhältnismässig grosse Zahl der begangenen Fehler, die allerdings nicht im entferntesten so hoch ist wie bei der Dementia praecox. Die Kranken fassen anscheinend flüchtig und ungenau auf; andererseits aber sprechen einzelne Erfahrungen dafür, dass ihr Rededrang sie leicht dazu verführt, auch da Angaben zu machen, wo sie eigentlich nichts gesehen haben. Eine wesentliche Rolle spielt bei der Auffassungsstörung ferner gewiss die ausserordentliche Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit. Den Kranken geht die Fähigkeit zur Auswahl und Ordnung der Eindrücke verloren; jeder auffallende Sinnesreiz drängt sich ihnen mit einer gewissen Gewalt auf, so dass sie sich ihm sofort zuzuwenden pflegen. Wenn man daher auch meist imstande ist, ihre Aufmerksamkeit durch Vorzeigen von Gegenständen, Zurufen von Worten rasch anzuziehen, so schweift dieselbe doch ungemein leicht wieder auf irgend einen neuen Reiz ab. Das Bild der Umgebung bleibt darum für den Kranken auch dann unzusammenhängend und lückenhaft, wenn eine schwerere Beeinträchtigung des Wahrnehmungsvorganges an sich gar nicht vorhanden ist.

In den Depressionszuständen kann die Auffassung sehr hochgradig gestört sein. Die äusseren Eindrücke finden keinen Widerhall im Bewusstsein der Kranken; es tauchen beim Wahrneh-

mungsvorgange nicht rasch und zahlreich jene Erinnerungsbilder auf, die uns sofort die Anknüpfung des Wahrgenommenen an frühere Erfahrungen, die glatte Eingliederung in geläufige Vorstellungskreise ermöglichen. Die Kranken werden dadurch mehr oder weniger unfähig, ihre Erlebnisse geistig zu verarbeiten, zu begreifen. In den schwersten Graden der Störung, im cirkulären Stupor, können die Kranken unter Umständen der Aussenwelt ganz verständnislos gegenüberstehen, auch wenn die einzelne sinnliche Wahrnehmung selbst noch leidlich gut von statten geht. Dazu kommt, dass in der Regel auch die Beweglichkeit der Aufmerksamkeit deutliche Störungen erleidet. Die Kranken sind nicht imstande, ihre Aufmerksamkeit leicht und rasch irgend welchen beliebigen Eindrücken oder Vorstellungen zuzuwenden, sondern sie vermögen sich weder den in ihnen auftauchenden noch den von aussen in ihnen angeregten Vorstellungen aus eigener Macht zu entziehen. Allerdings zeigt diese Gebundenheit der Aufmerksamkeit die weitesten Abstufungen.

Das *Bewusstsein* der Kranken ist bei den schwereren Formen des Leidens regelmässig etwas getrübt. Auf der Höhe der Erregung werden Eindrücke und Vorstellungen unklar und verschwommen. Infolgedessen leidet die Klarheit der *Orientierung*. Die Kranken wissen nicht recht, wo sie sich befinden, verkennen die Personen, begrüssen Ärzte oder Mitkranke mit den Namen von Angehörigen oder Nachbarn. Diese Verkennungen knüpfen sich bisweilen an entfernte Ähnlichkeiten an; in anderen Fällen aber erscheinen sie mehr als ein scherzhaftes Spiel, in dem der Kranke sich gefällt, halb und halb der Willkürlichkeit seiner Bezeichnung sich bewusst. Das tritt namentlich bei Abnahme der Erregung hervor, wenn die falschen Bezeichnungen noch festgehalten werden, während aus dem sonstigen Benehmen und gelegentlichen Äusserungen des Kranken hervorgeht, dass er über Aufenthaltsort und Personen seiner Umgebung völlig im klaren ist. Auch in den Depressionszuständen begegnen wir mehr oder weniger tiefen Bewusstseinstrübungen bis zum ausgebildeten Stupor. Hie und da entwickelt sich eine eigentümlich traumhafte Benommenheit, in welcher der Kranke die abenteuerlichsten, verworrensten deliriösen Schicksale durchlebt.

Das Gedächtnis wird durch die Krankheit an sich nicht be-

einträchtigt; dagegen verlieren die Kranken häufig zeitweise die Herrschaft über ihren Vorstellungsschatz. Namentlich in den Depressionszuständen sind sie vielfach unbesinnlich, vermögen sich bisweilen die einfachsten Erinnerungen und Kenntnisse nicht ins Bewusstsein zu rufen, müssen sich lange besinnen, bis sie eine Zahlenangabe machen, ein Erlebnis erzählen können. Die Merkfähigkeit in der Krankheitszeit selbst pflegt herabgesetzt zu sein. Besondere Versuche haben gelehrt, dass manische Kranke ihre Wahrnehmungen schlechter als Gesunde festzuhalten und wiederzugeben imstande sind; vielfach treten dabei Verfälschungen der Erinnerung auf. Bisweilen begegnen wir auch der Neigung zu wahnhaftem Fabulieren, zur Ausmalung abenteuerlicher Erlebnisse aus der Vergangenheit, die von den Kranken mehr oder weniger ernsthaft geglaubt werden. Die Erinnerung an die Krankheitszeit selbst ist meist eine etwas verschwommene, besonders nach schwerer manischer Erregung oder nach Stuporzuständen.

Vielfach und in den verschiedensten Zuständen beobachtet man einzelne *Sinnestäuschungen*, wenn sie auch nicht gerade häufig sehr in den Vordergrund treten. Meist handelt es sich um illusionäre Vorgänge, wie sie durch die Unvollkommenheit und Flüchtigkeit der Wahrnehmungen besonders begünstigt werden; aber auch wirkliche Hallucinationen kommen öfters vor, namentlich in den depressiven und stuporösen Zuständen. Die Kranken sehen Gesichter an der Wand oder auf dem Bettzeug, abgeschnittene Köpfe oder Würmer im Essen, bemerken eine fürchterliche Ausdünstung am eigenen Körper, einen süsslichen oder fauligen Geschmack in der Nahrung, wie wenn sie Menschenfleisch oder Abtrittjauche enthielte. Eine Kranke hörte „das Knistern der Hölle"; andere hören abfällige kurze Bemerkungen: „Die frisst's schon", „schlechtes Weibsbild", „O, wie sie stinkt!" In der Regel besitzen diese Täuschungen nicht die aufdringliche sinnliche Deutlichkeit wie bei der Dementia praecox; die Kranken sind daher bei längeren Sätzen meist nicht imstande, den Wortlaut anzugeben, sondern berichten nur den Inhalt. Allerdings schrieb eine Kranke, sie habe gehört, wie ihre Nachbarin sagte: „Das Blut zersetzt sich bei ihr, und alle Nahrung geht ins Fleisch, und dann wird ihr Gesicht aufgetrieben wie bei einem Schwein, und die Augen verschwinden ganz", worauf eine andere hinzu-

gefügt habe: „Das kann doch nicht von selbst kommen — das muss ja ein furchtbar schlechtes Mädchen gewesen sein — und die vielen jungen Leute, die immer in dem Hause verkehrt haben". Es ist mir aber nach sonstigen Erfahrungen recht zweifelhaft, ob derartige Äusserungen, die hier die ständigen Selbstquälereien der Kranken wiedergaben, wirklich Wort für Wort gehört werden. Jedenfalls steht der Inhalt derselben ausnahmslos in den engsten Beziehungen zu dem Denken und Fühlen der Kranken.

Ganz besonders häufig und mannigfaltig sind Missempfindungen im Körper, die mit schweren hypochondrischen Befürchtungen einherzugehen pflegen. Ich gebe folgendes Bruchstück aus der Selbstschilderung einer Kranken, die sich durch Onanie eine schlechte Krankheit (Syphilis) zugezogen zu haben glaubte:

„Vor 1/2 Jahr wachte die Kranke von zwei heftigen Schlägen im Körper auf; zugleich heftiges Klopfen in Leib, Herz, Rückgrat und Hinterkopf, Zittern an Händen und Füssen, an denen die Adern stark anschwollen. Bleiartige Blässe des Gesichts; Blähungen. Nach einigen Wochen verflachten sich die Adern, und an den Händen und besonders an den Gelenken Stechen wie von 1000 Nadelstichen. Die Haut an den Händen wurde schrumplig und lederartig, besonders im Bad wie zum Abziehen. Beim Stechen und Schneiden kam kaum Blut zum Vorschein, manchmal ein weisslicher Saft. Heftiges Brennen an den Augenlidern, Lippen, Zunge und Gaumen, danach Flecken und Löcher in der Haut, wie mit einem glühenden Griffel gemacht. Rote kleine Fleckchen wie bei alten Leuten. Dann im ganzen Körper ein Sickern, wie wenn der Lebenssaft gerinne, und in den Gelenken wie von glühendem Blei. Weisser Fluss. Unregelmässige Periode, die lange aussetzte, und als sie wiederkam, war das Blut dünner wie sonst, als hätte das Blut keinen Klebstoff. Erst starker Uringang, dann sehr gering und Stuhlgang nur nach Einlauf. Später starker Urin- und Kotgeruch, und die Füsse, die meist kalt und schrumplig, wie abgestorben waren, schweissten zeitweise sehr mit demselben Geruch. Das Pulsieren des Blutes und das starke Klopfen nahm zu, aber besonders beängstigend wirkte schliesslich ein Knattern im Kopf, als ob etwas eintrockne; in den Ohren Ticken wie von einer Uhr, so dass das Liegen auf dem Kissen zur Qual wurde. Das Zittern an den Händen und Armen vermehrte sich sehr. Grosse Abmagerung des Unterkörpers, Einsinken des Brustkastens. Beim Liegen der Körper heiss wie Blei. Abnahme des Augenlichtes. Fleisch welk. Die Haut schält sich in kleinen Flecken ab. Manchmal leichter Brandgeruch an der Haut. Das Blut ist so heiss, als ob es verkoche. Seit einiger Zeit nimmt Pat. zu an Körpergewicht — scheinbar geht aber alles in das Fleisch und nichts in das Blut, denn die Adern verschwinden immer mehr. An den Ellenbogen schmerzt das Fleisch, als wolle es sich vom Knochen lösen. Der Puls am Handgelenk verhärtet sich. An den Schläfen das Gefühl, als lege sich eine heisse Hand an. Zunehmende Gleichgültig-

keit. In der Haut keine Tätigkeit. Beim Schwitzen an den Händen zeigen sich kleine Absonderungen wie Glassplitterchen u. s. f."

Man erkennt hier sehr deutlich, dass es sich vielfach um eine einfache Überempfindlichkeit gegenüber den Wahrnehmungen aus dem eigenen Körper, sodann aber auch um wahnhafte Deutung an sich unverfänglicher Empfindungen handelt. Sehr deutlich wird das, wenn die Kranken davon sprechen, dass sie spüren, wie die Nahrung sofort in die Adern geht, die ganze Schleim- und Drüsenhaut aufgefressen ist, dass sich die Nerven lösen, im Blute das Fett und Mark und Eiweiss fehlt, der Körper nach innen arbeitet, weisse Würmer alles im Körper ausziehen und zwischen den einzelnen Häuten herumkriechen.

Diese gesteigerte Empfindlichkeit für die Vorgänge im eigenen Körper steht in lebhaftem Gegensatze zu der Herabsetzung der centralen Erregbarkeit in den manischen Zuständen. Wir beobachten hier eine ganz auffallende Unempfindlichkeit der Kranken gegen Hitze und Kälte, Hunger und Durst, Schmerzen und Verletzungen. Sie setzen sich stundenlang dem glühendsten Sonnenbrande aus, entkleiden sich bei Wintertemperatur, vergessen Essen und Trinken, reissen schonungslos die Verbände von ihren Wunden und misshandeln ihre kranken Körperteile oder gebrochenen Glieder, ohne irgend ein Zeichen des Unbehagens zu äussern. Auch die durch die Sachlage vollauf berechtigten Befürchtungen für die Gesundheit und das Leben tauchen bei ihnen nicht auf oder werden ohne weiteres in den Wind geschlagen.

W a h n b i l d u n g e n sind im manisch-depressiven Irresein keineswegs selten. In der Erregung pflegen sie vielfach zu wechseln und in der Form von scherzhaften Aufschneidereien und Übertreibungen aufzutreten, doch werden bei grösserer Besonnenheit auch lange festgehaltene und ausgesponnene Wahnvorstellungen beobachtet, Grössenideen wie Verfolgungswahn, Eifersuchtswahn, Vergiftungsfurcht. In den Depressionszuständen tauchen vor allem die schon erwähnten hypochondrischen Vorstellungen, ferner Versündigungs- und Verfolgungsideen auf. Alle diese Wahnbildungen können unter Umständen ungemein abenteuerliche Formen annehmen, so dass sie bisweilen ganz denjenigen bei der Paralyse oder beim Altersblödsinn gleichen, einer von den vielen Beweisen dafür, dass der Inhalt der Wahnideen ebenso wenig wie ihr Vorkommen

überhaupt irgendwelche zuverlässigen Schlüsse auf die Art eines Krankheitsvorganges zulässt. Ein gewisses Verständnis für die durch die Krankheit erzeugte Veränderung ist recht häufig vorhanden, doch wird in der Regel die Erregung wie die traurige Verstimmung nicht auf eine Erkrankung, sondern auf äussere oder innere Ursachen zurückgeführt, Lebensschicksale, ungeeignete Behandlung, Verfehlungen.

Sehr wichtige und ausgeprägte Störungen bietet regelmässig der *Vorstellungsverlauf* unserer Kranken dar. In den Erregungszuständen vermögen sie nicht, einen bestimmten Gedankengang planmässig zu verfolgen, sondern sie springen immerfort von einer Vorstellungsreihe auf eine ganz andere über, um auch diese sofort wieder fallen zu lassen. Eine beliebige Frage wird zunächst vielleicht ganz richtig beantwortet, aber es knüpfen sich daran eine Menge von Nebenbemerkungen, die nur in sehr lockerem oder bald in gar keinem Zusammenhange mehr mit dem Ausgangspunkte stehen. Infolge dieser fortwährenden Einschiebsel und Zwischenfälle sind die Kranken ganz ausserstande, etwa allein irgend ein verwickelteres Erlebnis zu erzählen, wenn man sie nicht durch stete Unterbrechungen und Zwischenfragen immer von neuem auf den angefangenen Weg zurückführt. Der Vorstellungsverlauf wird somit nicht mehr, wie beim Gesunden, durch eine Gesamtvorstellung beherrscht, welche zurzeit nur eine bestimmte Richtung der Gedankenverknüpfung zulässt und alle nebensächlichen und zufälligen Einfälle hemmt. Nicht die von dem ganzen Zusammenhange geforderten, sondern die durch allgemeine Denkgewohnheiten begünstigten Vorstellungen gewinnen daher in jedem Augenblicke die Oberhand. Dadurch kommt es zum Abschweifen von einem Gegenstande auf andere ähnliche oder häufig damit verbundene, ohne Rücksicht auf das Ziel des ursprünglichen Gedankenganges. Der Zusammenhang des Denkens lockert sich mehr und mehr; es entsteht jene Störung, die wir als *ideenflüchtige Verwirrtheit* kennen gelernt haben.

Nicht selten pflegen bei solchen Kranken auch äussere Eindrücke, namentlich solche aufdringlicher Art, den Anstoss zu einer neuen Wendung des zügellosen Gedankenganges zu geben. Man hat darin bisweilen das Anzeichen einer gesteigerten Empfänglichkeit für äussere Wahrnehmungen erblickt. In Wirklich-

keit zeigt sich indessen, dass die Kranken keineswegs genau beobachten, sich vielmehr um die Vorgänge in ihrer Umgebung oft sehr wenig kümmern. Aber wenn sie etwas bemerken, so geschieht das nicht ohne Reaktion; sie fassen ihre Wahrnehmung sogleich in Worte und sprechen sie aus, weil die Auslösung von Bewegungsvorgängen bei ihnen erleichtert ist. Auch in den Depressionszuständen scheint bisweilen eine gewisse Ideenflucht zu bestehen. Für den Beobachter deutlich wird sie allerdings nur dann, wenn die Kranken ihre Gedanken auch fortlaufend aussprechen, was nur bei gleichzeitigem Rededrang, in Mischzuständen, der Fall ist. Wir hören indessen nicht selten deprimierte Kranke darüber klagen, dass ihnen alle möglichen Gedanken in den Kopf kämen, dass in ihrem Kopfe alles wirr durcheinandergehe.

Die hier vertretene Auffassung steht in einem gewissen Gegensatze zu der weit verbreiteten Ansicht, dass der Gedankengang in der Manie überstürzt sei. Man nimmt gewöhnlich an, dass die ideenflüchtige Zusammenhangslosigkeit der Vorstellungen in der Manie wesentlich durch das Ausfallen ganzer Gedankenreihen bedingt sei, welche schneller aufeinander folgen, als die Sprachorgane sie ausdrücken können. Genauere Untersuchungen haben mir gezeigt, dass jene Ansicht nicht nur nicht beweisbar, sondern höchst wahrscheinlich falsch ist. Es lässt sich nämlich bei der künstlich, durch Alkohol oder körperliche Anstrengung, erzeugten Ideenflucht zeigen, dass keineswegs unausgesprochene associative Bindeglieder zwischen den ganz sinnlos aneinandergeknüpften Vorstellungen bestehen, und dass der Associationsvorgang tatsächlich sehr beträchtlich *verlangsamt* ist. Dagegen ist es richtig, dass die einzelnen Vorstellungen, weil sie nicht durch feste Zielvorstellungen gestützt werden, nur von sehr kurzer Dauer sind und rasch von anderen abgelöst werden. Die Ideen sind flüchtig, aber sie drängen einander nicht. „Meine Gedanken sind so schnell, dass ich sie gar nicht festhalten kann", sagte eine Kranke. Nicht auf eine Beschleunigung des Gedankenganges weist uns diese Äusserung hin, sondern auf die Flüchtigkeit und Unbeständigkeit der einzelnen Glieder. Tatsächlich lehrt auch die Beobachtung manisch erregter Kranker, dass sie keineswegs ideenreich, sondern nur wortreich sind und sich häufig ganz eintönig wiederholen. Auch die gelegentlichen Witze solcher Kran-

ken sind fast immer einfache Wortspiele, wie sie eben durch die Neigung zu Klangassociationen hervorgerufen werden. Wir begegnen ihnen wie der Sucht, in fremden Sprachen zu reden, und einer Reihe von ähnlichen Zügen im Alkoholrausche, bei dem die Lähmung der Verstandestätigkeit mit voller Sicherheit nachgewiesen werden konnte. Trotzdem stossen wir hier im Gegensatze zu dem Messungsergebnisse häufig auf die Selbsttäuschung einer Erhöhung der geistigen Leistungsfähigkeit. Sie hat ebensowenig Beweiskraft wie die aus dem manischen Wohlgefühl erwachsende Vorstellung besonderer geistiger Frische und Gesundheit.

Das genaue Gegenstück zur Ideenflucht scheint die *Denkhemmung* zu bilden, die wir bald stärker, bald schwächer ausgeprägt ganz regelmässig in der Depression, ferner in gewissen manisch-stuporösen Mischzuständen und mit ihnen verwandten Formen der manischen Erregung beobachten. Die Kranken zeigen eine oft von ihnen selbst sehr peinlich empfundene Unfähigkeit, über ihre eigenen Vorstellungen nach Bedarf zu verfügen. Wie es scheint, entwickeln sich die einzelnen Vorstellungen langsam und nur auf sehr kräftige Anregungen hin. Infolgedessen weckt ein Eindruck nicht von selbst rasch und leicht eine Menge von Associationen, zwischen denen nur die Wahl zu treffen ist, sondern der Gedankengang muss mühsam durch besondere Willensanstrengung fortgesponnen werden. Andererseits werden die einmal entwickelten Vorstellungen nicht durch das Auftauchen neuer Gedankenreihen verdrängt, sondern sie verblassen langsam und haften oft mit grosser Zähigkeit, namentlich, wenn sie in der Stimmungslage ihre feste Wurzel haben. Aus diesen Störungen entsteht eine grosse Schwerfälligkeit und Verlangsamung des Denkens, Unbesinnlichkeit bei der Beantwortung einfacher Fragen, Ideenarmut. Solche Kranke fördern nur eine auffallend dürftige Zahl von Vorstellungen zutage, auch wenn sie augenscheinlich am Aussprechen ihrer Gedanken durchaus nicht gehindert sind. Sie werden dann gewöhnlich für sehr schwachsinnig gehalten, während der weitere Verlauf deutlich zeigt, dass es sich hier nur um eine Erschwerung des Denkens, nicht um eine Vernichtung des Vorstellungsschatzes gehandelt hat.

Die *Stimmung* ist in der manischen Erregung meist eine gehobene. Die Kranken sind vergnügt, fühlen sich wohl, zu allen

möglichen Spässen und Neckereien aufgelegt, lachen, singen und scherzen. Den Ausdruck dieser Stimmung in verschiedener Färbung von stiller Heiterkeit bis zu unbändiger Fröhlichkeit gibt das beigefügte Gruppenbild manisch erregter Kranker wieder (Tafel IX). Zugleich beobachten wir eine gesteigerte Lebhaftigkeit der Gefühlsbetonung überhaupt und demgemäss eine erhöhte Beeinflussbarkeit der Stimmungslage, die zu häufigem und unvermitteltem Wechsel derselben führt. In die ausgelassene Heiterkeit schieben sich bei geringfügigen Anlässen Zornausbrüche mit rücksichtslosestem Schimpfen und Neigung zu Gewalttätigkeiten ein. Andererseits aber schlägt die Stimmung auch auffallend leicht in Traurigkeit und Weinerlichkeit um, freilich meist nur ganz vorübergehend. Ich möchte annehmen, dass sich in dieser Erfahrung die nahe Verwandtschaft der manischen und der depressiven Zustände ausdrückt.

In diesen letzteren ist die Stimmung regelmässig düster, hoffnungslos, verzweifelt oder ängstlich, wenn es auch einzelne Fälle gibt, in denen neben der Hemmung eine bestimmte Färbung der Gemütslage nicht deutlich erkennbar ist. Am schwersten pflegen die Kranken die Abnahme der gemütlichen Ansprechbarkeit, den Verlust der inneren Teilnahme an den Ereignissen zu empfinden, eine Störung, die sie in der mannigfaltigsten Weise schildern. In ihnen ist es öde und leer; alles ist ihnen gleichgültig, geht sie nichts mehr an, kommt ihnen „so dumm“ vor; die Musik „klingt fremd“. Sie haben das Gefühl, als wären sie ganz aus der Welt heraus, empfinden weder Hunger noch Sättigung, weder Müdigkeit noch Erholung durch Schlaf, kein körperliches „Bedürfnis“ mehr. Eine Kranke klagte, dass sie sich ärgere, wenn sie andere Leute etwas mit Interesse tun sehe. Auch in der Depression deutet indessen nicht selten ein verlorenes Lächeln oder selbst eine unvermittelte Fröhlichkeit darauf hin, wie leicht hier die Stimmungen ineinander übergehen. Die Plötzlichkeit, mit der die schlaffen und bekümmerten Gesichtszüge auf Zureden den Ausdruck übermütiger Lustigkeit annehmen, ist bisweilen verblüffend. In den Misch- und Übergangszuständen sehen wir einerseits Stupor mit stiller Heiterkeit, andererseits eine erregte Verstimmung, die sich in unleidlichem Nörgeln und reizbarer Missvergnügtheit kundgibt.



Manische Kranke.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

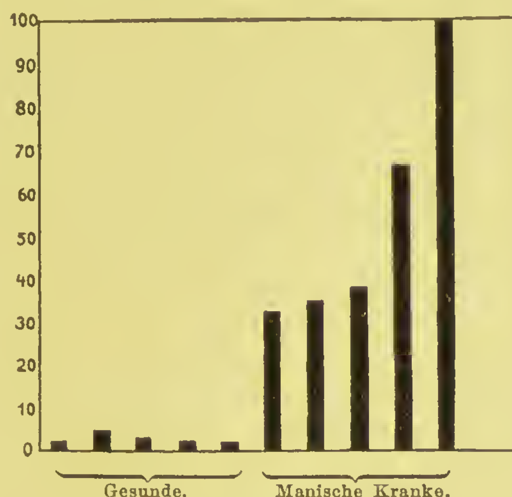
Die bei weitem auffallendsten Störungen liegen beim manisch-depressiven Irreseins auf psychomotorischem Gebiete. In den Erregungszuständen ist das Krankheitsbild beherrscht vom Beschäftigungsdrange. Wir haben es hier mit einer allgemeinen Erleichterung der Umsetzung centraler Erregungen in Handlungen zu tun. Allerdings lehrt der Versuch, dass die Dauer von einfachen und Wahlreaktionen regelmässig verlängert ist, bisweilen sogar recht erheblich. Es sprechen aber manche Umstände dafür, dass die Verlangsamung wesentlich die Anknüpfung von Handlungen an äussere Aufforderungen betrifft, die zudem mangelhaft aufgefasst zu werden pflegen. Dagegen scheint jeder aufsteigende Antrieb alsbald zur Tat zu führen, während der Gesunde zahllose Willensregungen schon im Entstehen zu unterdrücken pflegt. Die Störung scheint bis zu einem gewissen Grade mit derjenigen übereinzustimmen, die wir künstlich durch Alkoholeinwirkung erzeugen können; daher die grosse Ähnlichkeit vieler manischer Kranker mit leichter oder schwerer Angetrunkenen. Freilich pflegt im Rausche die Beeinträchtigung der Auffassung und des Denkens verhältnismässig weit stärker hervorzutreten, als bei unseren Kranken; zudem machen sich dort bald die Erscheinungen der Lähmung und Unsicherheit in den Bewegungen geltend. Der manische Betätigungsdrang führt naturgemäss zu mehr oder weniger ausgesprochener Unruhe (Tobsucht). In den leichtesten Graden ist es nur eine gewisse Unstetigkeit und Vielgeschäftigkeit, die uns auffällt, rastlose, überstürzte Unternehmungslust. Bei stärkerer Erregung drängen sich die Antriebe immer mehr, und der Zusammenhang des Handelns geht allmählich verloren. Der Kranke ist ausserstande, irgend eine weiterreichende Absicht wirklich durchzuführen, weil sich ihm immerfort neue Antriebe dazwischen schieben, die ihn von dem ursprünglichen Ziele ablenken. So kann sich schliesslich sein Tatendrang in eine bunte Folge immer neuer, rasch wechselnder Willenshandlungen auflösen, die gar kein gemeinsames Ziel mehr erkennen lassen, sondern kommen und gehen, wie sie der Augenblick geboren hat. Immer aber sind die einzelnen Handlungen, im Gegensatze zu dem katatonischen Bewegungsdrange, durch Vorstellungen oder Stimmungen, wenn auch noch so flüchtiger Art, verursacht; es sind Ausdrucksbewegungen, übermütige

Scherze, Angriffe, Zeitvertreib, Liebeswerbungen u. dergl. Ausser der Erregung besteht bei unseren Kranken regelmässig auch eine Steigerung der Erregbarkeit. Vielleicht ist diese sogar als die wesentliche Grunderscheinung zu betrachten. Oft sind die Kranken ziemlich ruhig, solange man alle äusseren Reize nach Möglichkeit abschliesst; eine Anrede, ein Besuch, das Schreien der Mitkranken führt aber ungemein leicht zu rasch wachsender Erregung. Je mehr man sie reden und gewähren lässt, desto stärker pflegt der Betätigungsdrang zu werden, eine für die Behandlung sehr wichtige Erfahrung.

Trotz der hochgradigsten motorischen Erregung, die bisweilen Wochen, ja viele Monate lang mit geringen Unterbrechungen in vollster Stärke fortdauert, fehlt dem Kranken das Ermüdungsgefühl vollständig. Er ist nicht matt und abgespannt; der Verbrauch des Muskelgewebes erzeugt keine Unlustempfindung, zum Teil vielleicht wegen der früher besprochenen Abstumpfung seiner Empfindlichkeit, namentlich aber wohl wegen der Leichtigkeit, mit welcher die centrale Auslösung seiner Bewegungen von statten geht. Bei ihm genügt schon der leiseste Antrieb, um ausgiebige Bewegungsäusserungen hervorzurufen, während der Gesunde zur Erzielung des gleichen Erfolges eines unvergleichlich grösseren Aufwandes von centraler Arbeitsleistung bedürfen würde. Darum muss auch jeder Versuch der Nachahmung dieses Zustandes notwendig nach sehr kurzer Zeit an der Unmöglichkeit scheitern, das lähmende Ermüdungsgefühl durch die blosse Willensanstrengung zu überwinden. Dieser Umstand wie die Rücksichtslosigkeit, mit der die Kranken ihre Glieder gebrauchen, hat zu der verbreiteten, unrichtigen Anschauung geführt, dass sie über aussergewöhnliche Körperkräfte verfügen. Im Gegenteil erweist sich die Leistungsfähigkeit der Muskeln bei Ergographenversuchen regelmässig als erheblich herabgesetzt. Dagegen werden die Bewegungen schneller ausgeführt, als bei Gesunden, namentlich dann, wenn sich eine Reihe derselben aneinanderknüpft und die Kranken in rasch wachsende Erregung geraten.

Eine Teilerscheinung des allgemeinen Betätigungsdranges ist der oft sehr ausgeprägte Rededrang der Kranken. Auch die Umsetzung von Wortvorstellungen in Sprachbewegungen ist krankhaft erleichtert. Wie wir schon früher ausgeführt haben, dürfte

gerade dieser Umstand bei der besonderen Gestaltung der manischen Ideenflucht eine gewisse Rolle spielen. Die leicht angeregten motorischen Sprachvorstellungen gewinnen einen unverhältnismässig starken Einfluss auf den Ablauf des Gedankenganges, während die inhaltlichen Beziehungen der Vorstellungen mehr in den Hintergrund treten. So kommt es, dass in den höheren Graden der Ideenflucht, ganz wie unter dem Einflusse des Alkohols, an die Stelle des sachlichen Bandes der Vorstellungen mehr und mehr sprachlich eingelernte Redensarten, Wortzusammensetzungen, Anklänge und Reime treten. Namentlich gewinnen mehr



Figur XXII.
Häufigkeit der Klangassociationen bei Gesunden und manischen Kranken.

und mehr die reinen Klangassociationen die Oberhand, bei denen jede Spur einer inneren Beziehung der Vorstellungen verschwunden ist, die Gleichklänge und Reime, sogar ganz sinnlose. Welchen Umfang die Störung gewinnen kann, lehrt die Figur XXII, in der nach Aschaffenburgs Untersuchungen der Prozentsatz der Klangassociationen bei je 5 Gesunden und manischen Kranken wiedergegeben ist. Die Zahlen für die Gesunden schwanken hier zwischen 2 und 4%; sie können übrigens bei besonderer persönlicher Veranlagung auch einmal erheblich höher werden. Dagegen erreichen sie niemals die bei den manischen Kranken erhobenen Werte, die hier von 32—100% hinaufgehen. Eine Kranke schrieb auf ein Blatt: Nelke — welke — Helge — Hilde — Tilde — Milde — Hand — Wand — Sand.

In den sprachlichen Äusserungen des Kranken macht sich die Ideenflucht und der Rededrang gleichzeitig geltend. Er kann nicht lange stillschweigen, schwatzt und schreit mit erhobener Stimme, lärmt, brüllt, johlt, pfeift, überstürzt sich im Reden, reiht zusammenhangslose Sätze, Worte, Silben aneinander, predigt mit feierlicher Betonung und leidenschaftlichen Gebärden, vom Hochtrabenden ganz unvermittelt ins Humoristisch-Gemütliche, Drohende, Weinerliche verfallend oder plötzlich in ausgelassenem Lachen endigend. Bisweilen kommt es zu eigentümlich gezierter Sprechweise, auch wohl zum Reden in selbsterfundenen Sprachen, die zum Teil aus sinnlosen Silben, zum Teil aus fremdländisch zurechtgestutzten und verstümmelten Wörtern bestehen. Eine Probe manischer Reden gibt die folgende Nachschrift:

„Notieren Sie genau, es scheint mir alles so grau; die Uhr (wurde der Kranken vorgehalten) bedeutet den Kreislauf der Zeit; Herr N. hat einen Chronometer bereit. Mein Magen tut mir weh, immer hipp, hipp hurrah! Der Geibel ist der Dichter, der Genius der Zeit gewesen, été, der Sommer muss kommen, die Bäume schlagen aus, und Du bist nicht zu Haus. Röslein, so hold am Haag, mich doch Niemand holen mag. Les extrêmes se touchent; Zeiten fliehen so manches Jahr, mich doch Niemand holen mag. (Zur Wärterin) Du Luder, Du unverschämtes Saumensch, kannt Du darüber lachen, dass die guter Hoffnung ist, von Rose gesprochen, drum bist Du Esel so grau. Grau, theurer Freund, ist alle Theorie. Stern, Blume so gern. Der Grossherzog soll leben hoch. Leberecht Hühnchen“ u. s. w.

Die Zusammenhangslosigkeit ist hier keineswegs durch einen sprudelnden Reichtum an Gedanken, sondern durch die mangelnde Ausbildung richtunggebender Zielvorstellungen bedingt. Auch der Gesunde kann ganz ähnliche Reihen liefern, wenn er seinem Denken die Zügel schiessen lässt und wahllos alles ausspricht, was ihm in den Sinn kommt. Freilich ist in der Manie dieses Aussprechen erheblich erleichtert und beschleunigt. Infolgedessen setzt sich jede auftauchende Vorstellung sofort in Worte um; der Kranke sagt alles, was er denkt. Da aber beim ziellosen Denken stets die Vorstellungen rascher aufeinander folgen, als man sie in Worte kleiden und aussprechen kann, überhastet sich das Reden des Kranken, obgleich sein Denken eher verlangsamt, als beschleunigt ist.

Auch in den Schriftstücken der Kranken zeigt sich die Neigung, Fremdwörter zu gebrauchen, verschiedene Sprachen durcheinanderzuwerfen. Der Einfluss des Sprachklanges auf die Folge

der Vorstellungen ist hier aus naheliegenden Gründen weit geringer, als beim Sprechen, namentlich bei Kranken, deren innere Sprache sich nicht ganz vorzugsweise in Sprachantrieben oder Klangbildern abspielt. Dafür kommt es dann oft zu den von Aschaffenburg genauer geschilderten Aufzählungen gleichartiger Vorstellungen, indem die Association nach äusserer Ähnlichkeit oder nach Coexistenz an die Stelle des fortschreitenden Gedankenganges tritt. Die Ablenkbarkeit und Erregbarkeitssteigerung pflegt sich in dem Umstande kundzugeben, dass die ersten Worte oder Zeilen meist ganz zusammenhängend geschrieben sind, während sich der weitere Inhalt in eine wirre Folge von Aufzählungen, Reminiszenzen, Versbruchstücken, Anklängen und Reimen auflöst. Zugleich werden auch die Schriftzüge grösser, anspruchsvoller und unregelmässiger. Sie nehmen keine Rücksicht mehr auf den Leser, laufen durcheinander, werden verschmiert; die Unterstreichungen, Ausrufungszeichen, kühnen Schnörkeleien nehmen zu. Alle diese Störungen, die inhaltlichen wie die formalen, treten an der beigegebenen Schriftprobe in ausgezeichneter Weise hervor. Die Menge der von manischen Kranken erzeugten Schriftstücke ist bisweilen eine erstaunliche; freilich rechnen sie selbst nicht darauf, dass sie gelesen werden; nur das Vergnügen des Schreibens selbst ist der Beweggrund.

In den Depressionszuständen des manisch-depressiven Irreseins tritt an Stelle des Beschäftigungsdranges sein völliges Gegenstück, die psychomotorische Hemmung. Die centrale Auslösung von Handlungen ist hier erschwert, selbst bis zur Unmöglichkeit. Die leichteren Grade der Störung zeigen sich in der Entschlussunfähigkeit der Kranken. Die auftauchenden Antriebe gewinnen nicht die Macht, die entgegenstehenden Hemmungen zu überwinden; trotz der klaren Erkenntnis der Notwendigkeit, obgleich alle wirklichen Gegengründe oder Bedenken fehlen, vermag sich der Kranke doch nicht zu den einfachsten Handlungen aufzuraffen. Auch die endlich nach vielem Zögern begonnene Tätigkeit bleibt jeden Augenblick stecken, da ihr der Nachdruck des kräftigen Entschlusses fehlt. Alle einzelnen Bewegungen, soweit sie einen Willensantrieb erfordern, sind mehr oder weniger verlangsamt und geschehen ohne Kraft. Äussere Einwirkung und namentlich gemütliche Erregung kann die Hem-

mung verringern. Unter stetem Zureden oder in der Gefahr vermag der Kranke noch Leistungen zu vollbringen, die ihm sonst unmöglich sind. Bei den schwersten, stuporösen Formen kann jede

Schriftprobe XIX. Manie.

Willensäusserung des Kranken aufgehoben sein, so dass er nicht mehr imstande ist, das Bett zu verlassen oder seine Bedürfnisse zu verrichten.

Die Willenshemmung pflegt die einzelnen Gebiete der Willensäusserungen in sehr verschiedenem Grade zu beeinflussen. Da wesentlich oder ausschliesslich die Auslösung von Willensentschlüssen erschwert ist, gehen solche Handlungen, die sich rein gewohnheitsmässig, ohne besonderes Eingreifen der Willkür, abspielen, oft noch ungehindert vonstatten, während sich die Hemmung auf anderen Gebieten sehr stark geltend macht. Die Kranken vermögen sich vielleicht ohne Schwierigkeit anzukleiden, zu beschäftigen, schrecken aber vor jeder Entscheidung zurück, die einen Entschluss erfordert. Die Ausdrucksbewegungen, soweit sie seelische Regungen wiedergeben sollen, pflegen durch die Hemmung besonders betroffen zu werden. Die Kranken werden still, einsilbig, können sich nicht mehr unterhalten, obgleich sie mit gewöhnlicher Geschwindigkeit zu zählen oder vorzulesen vermögen; sie sitzen stundenlang vor einem angefangenen Briefe, ohne ihn zu Ende zu führen. Die Störung erstreckt sich indessen auf Sprache und Schrift durchaus nicht immer in gleichem Masse. Es gibt Kranke, die ganz geläufig reden, aber kaum einige Zeilen fertig bringen, und umgekehrt schreiben andere lange, leidenschaftliche Briefe, während sie verstummen, sobald man sich mit ihnen unterhalten will.

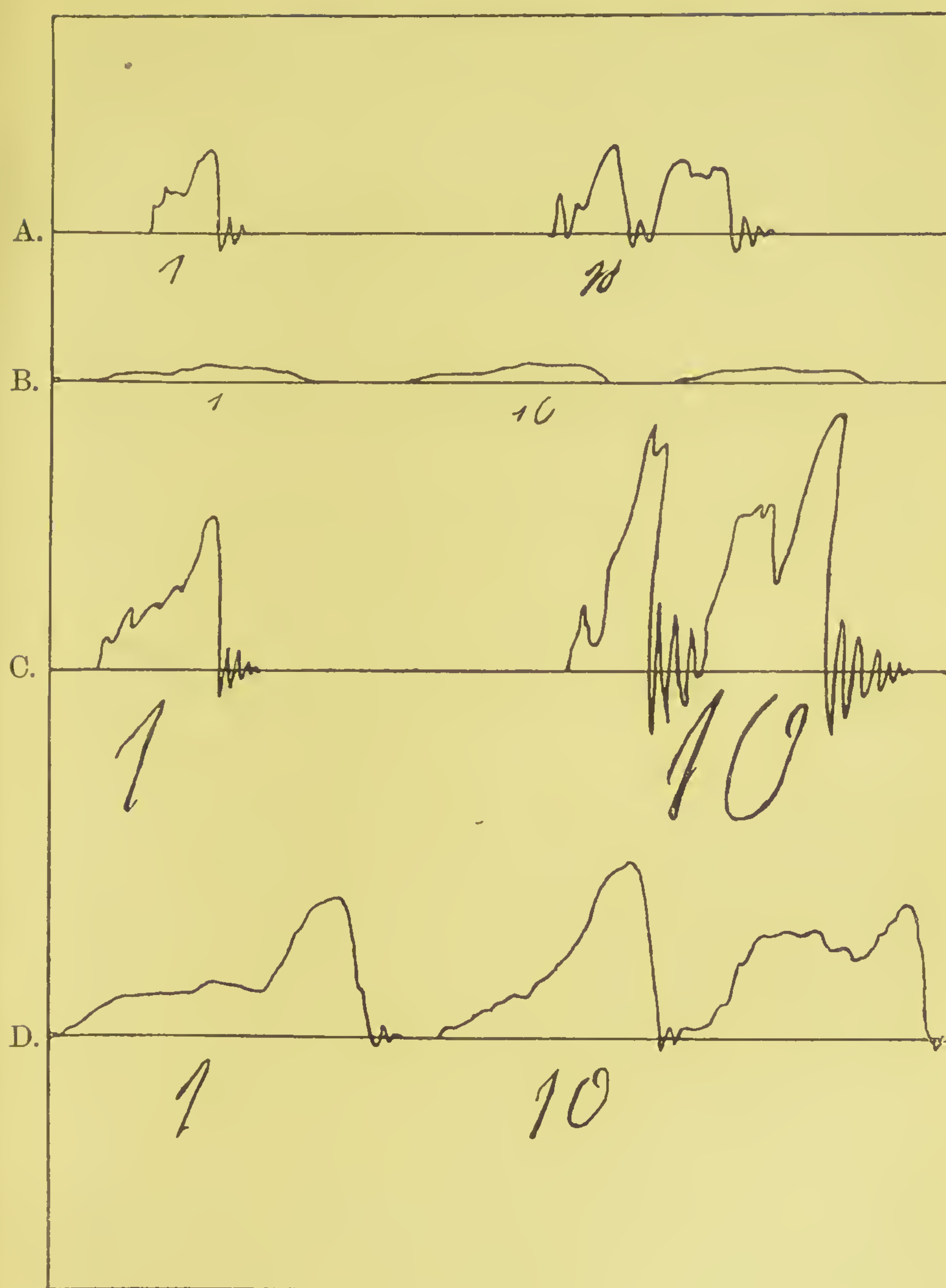
Einen guten Einblick in die Eigentümlichkeiten der psychomotorischen Störungen beim manisch-depressiven Irresein dürfte die beiliegende Kurventafel gewähren. Dieselbe stellt die Druckschwankungen beim Schreiben der 1 und der 10 aus einer fortlaufenden Zahlenreihe vor, wie sie mit Hilfe der Schriftwage gewonnen werden. Die senkrechten Bewegungen einer kleinen, durch Federzug immer wieder in die Gleichgewichtslage zurückkehrenden Platte, auf die der Druck des Bleistiftes beim Schreiben wirkte, wurden auf einer Drehtrommel aufgezeichnet. Die Abstände auf den wagerechten Linien geben einen Begriff von der während des Schreibens verflossenen Zeit; die Höhe der Kurven dagegen stellt in vergrössertem Massstabe den in jedem Augenblicke auf die Schreibunterlage ausgeübten Druck dar. Unter den einzelnen Kurven befinden sich getreue Nachbildungen der Schriftzüge, die bei den Versuchen geliefert wurden. Figur A stammt von einer gesunden Wärterin. Man erkennt bei der ersten, noch besser bei der zweiten 1 das Nachlassen des Druckes während

der Umkehr der Schreibbewegung sowie das Ansteigen im Grundstriche; auch in der 0 entspricht der Umbiegung eine kleine Druckschwankung. Die Zacken am Schlusse der Kurven entstehen durch Nachschwingungen der Feder bei raschem Absetzen des Stiftes.

Figur C wurde von einer manischen Kranken geliefert. Die psychomotorische Erregung tritt hier schon in den mächtigen, anspruchsvollen Schriftzeichen hervor. Der Druck ist erheblich gesteigert, ebenso die Schreibgeschwindigkeit, wenn wir die verschiedene Länge des zurückgelegten Schreibweges berücksichtigen. In der zweiten 1 sind sowohl Druck wie Geschwindigkeit sehr bedeutend gestiegen, eine Erscheinung, die sich auch bei Gesunden überall findet, nur in ungleich schwächerer Ausprägung. Da sie uns die wachsende Erleichterung der Leistung während der Arbeit anzeigt, darf sie als Ausdruck der gesteigerten psychomotorischen Erregbarkeit angesehen werden. Die im Laufe des Schreibens rasch zunehmende Ausgiebigkeit der Nachschwingungen deutet auf die grössere Plötzlichkeit der Druckschwankungen bei den heftigen Schreibbewegungen hin.

Ein vollkommen anderes Bild bietet die Figur B dar, die von einer Kranken im Depressionszustande gewonnen wurde. Die Schriftzüge sind auffallend klein; trotzdem nahmen sie erheblich grössere Zeit in Anspruch, als Figur A, waren also stark verlangsamt. Zugleich ist der Druck ausserordentlich niedrig; er beträgt noch nicht 50 g und zeigt sehr wenig ausgeprägte Schwankungen. Nachschwingungen fehlen ganz; der Schreibdruck hörte also nicht plötzlich, sondern ganz allmählich auf. Auch hier ist übrigens eine geringe Zunahme der Geschwindigkeit bei der zweiten 1 nachzuweisen. Fanden wir demnach bei der manischen Kranken heftige, sehr beschleunigte Bewegungen mit rascher, erheblicher Zunahme der Erregbarkeit, so begegnet uns hier zögerndes Ein- und Ausschleichen, geringer Nachdruck und bedeutende Verlangsamung des Schreibens, Zeichen, die in klarer Weise auf das Bestehen einer psychomotorischen Hemmung hindeuten.

Allein die beiden hier auseinandergehaltenen Zustände des Werkzeuges unseres Willens sind schwerlich solche Gegensätze, wie es auf den ersten Blick scheinen mag. Wir sehen sie wenigstens im Verlaufe der Krankheit häufig genug unvermittelt inein-



Figur XXIII.
Schriftdruckkurven beim manisch-depressiven Irresein.

ander übergehen. Hemmung und Erleichterung der Willensantriebe müssen demnach nur nahe verwandte Erscheinungsformen einer gemeinsamen Grundstörung sein. Noch deutlicher wird das, wenn wir sehen, dass sich die Zeichen der beiden krankhaften Veränderungen gar nicht selten *miteinander mischen*. Die besonderen klinischen Gestaltungen dieser Mischung werden wir späterhin genauer ins Auge zu fassen haben. Hier möchte ich nur auf die Figur D der Kurventafel hinweisen, die von der gleichen Kranken geschrieben wurde wie Figur C. Nur befand sich dieselbe damals in einem Zustande, in dem während einer schweren Manie einige Tage lang der Beschäftigungsdrang vollständig geschwunden war. Die Druckkurve der Schrift zeigt uns bei kleiner gewordenen Schriftzügen eine geringe Abnahme des Druckes, langsames Ansteigen und Erlöschen desselben und sehr erhebliche Verlangsamung des Schreibens, also eine höchst eigenartige Mischung der Veränderungen, die wir oben bei der manischen Erregung und bei der Hemmung kennen gelernt haben.

Allerdings finden wir so ausgeprägte Veränderungen der Drucklinien beim Schreiben durchaus nicht überall. Insbesondere haben die bisher in etwas grösserem Umfange bei Depressionszuständen durchgeführten Untersuchungen gelehrt, dass wir hier die mannigfachsten Abstufungen von den Formen der Figur B zu annähernd normalen Gestaltungen vorfinden. Kraft, Schnelligkeit und Ausgiebigkeit der Schreibbewegung kann wesentlich ungestört sein, während die Kranken sonst die Zeichen einer Willenshemmung deutlich darbieten. Es muss zur Zeit unentschieden gelassen werden, ob die schwereren Schreibstörungen besonders gekennzeichneten Zuständen eigentümlich, ob sie von dem Inhalte des Geschriebenen oder von der grösseren oder geringeren Bedeutung der Willkürantriebe für den Ablauf der Schreibbewegung bei den einzelnen Personen abhängig sind.

Wie schon die Betrachtung der allgemeinen Krankheitszeichen lehrt, haben wir beim manisch-depressiven Irresein zunächst zwei grosse Gruppen von Zustandsbildern auseinanderzuhalten, die *manischen* und die *depressiven*. Ihnen schliessen sich dann noch als dritter Formenkreis die bisher viel zu wenig beachteten *Mischzustände* an, die nebeneinander einzelne Erscheinungen der manischen Erregung und der Hemmung darbieten. Gerade

die Tatsache solcher Mischzustände lehrt uns, dass die manischen und die depressiven Formen ohne bestimmte Grenzen ineinander übergehen; trotzdem wird es sich der Übersichtlichkeit halber empfehlen, diese beiden Gruppen von Krankheitsbildern in einer Reihe häufiger beobachteter Spielarten gesondert darzustellen.

Manische Zustände. Die leichtesten Formen der manischen Erregung pflegt man als „Hypomanie“, Mania mitis, mitissima, auch wohl, aber unzweckmässig, als Mania sine delirio zu bezeichnen. Die Franzosen haben von einer „Folie raisonnante“, einem Irresein ohne Verstandesstörung, gesprochen. In der Tat erscheint die Besonnenheit, die Auffassungsfähigkeit, das Gedächtnis der Kranken im allgemeinen ungestört. Die geistige Regsamkeit, die Beweglichkeit der Aufmerksamkeit ist sogar nicht selten gesteigert; die Kranken können aufgeweckter, scharfsinniger, leistungsfähiger erscheinen, als früher. Namentlich ist es die Gewandtheit in der Erfassung entfernter Ähnlichkeiten, die nicht selten den Hörer überrascht, weil sie den Kranken zu witzigen Wendungen und Einfällen, Wortspielen, verblüffenden, wenn auch bei genauerer Betrachtung meist wenig stichhaltigen Vergleichen und ähnlichen Leistungen der Einbildungskraft befähigt. Dennoch ist auch bei den leichtesten Graden der Störung der Mangel an innerer Einheit des Vorstellungsverlaufes, die Unfähigkeit zur folgerichtigen Durchführung einer bestimmten Gedankenreihe, zur ruhigen, logischen Verarbeitung und Ordnung gegebener Ideen, die Unbeständigkeit des Interesses, das jähe, unvermittelte Abspringen von einem Gegenstande zum anderen ausserordentlich bezeichnend. Allerdings wissen die Kranken nicht selten mit einiger Anstrengung diese Erscheinungen vorübergehend zu verwischen und die Herrschaft über ihren zügellos gewordenen Vorstellungsverlauf noch für einige Zeit wiederzugewinnen; in Schriftstücken und namentlich in den oft eifrig betriebenen Reimereien pflegt dann doch eine leichte Ideenflucht regelmässig deutlich hervorzutreten. Vorübergehend kann sich übrigens auch bei diesen leichten Formen stärkere Erregung und Verwirrtheit einstellen.

Die Erinnerung an die jüngsten Erlebnisse ist nicht immer treu, sondern wird vielfach durch eigene Zutaten gefärbt und ergänzt. Der Kranke lässt sich in seinen Erzählungen leicht zu Übertreibungen und Verdrehungen hinreissen, die zum Teil schon einer

schiefen Auffassung, zum Teil aber auch nachträglicher Umdeutung entspringen, ohne dass deren Willkürlichkeit ihm selbst klar zum Bewusstsein kommt. Obgleich daher eigentliche Wahnbildungen fehlen, begegnet uns doch regelmässig eine stark übertriebene Selbstschätzung. Der Kranke rühmt seine Leistungen und Fähigkeiten, prahlt mit seinen vornehmen Bekanntschaften, versteht alles am besten, bespöttelt das Treiben Anderer mit vornehmer Geringschätzung und verlangt besondere Anerkennung für seine eigene Person. Demgemäss ist von einer Krankheitseinsicht gar keine Rede; auch durch den Hinweis auf frühere Anfälle, die er während der traurigen Verstimmung vielleicht ganz richtig beurteilte, lässt er sich keinen Augenblick von der krankhaften Natur seines Zustandes überzeugen.

Im Gegenteil fühlt er sich gesünder und leistungsfähiger, als jemals, höchstens etwas erregt durch die unwürdige Behandlung. Die Beschränkung seiner Freiheit betrachtet er als einen schlechten Witz oder als eine unverzeihliche Kränkung, die er auf Quertreibereien seiner Angehörigen oder sonst ihm feindlich gesinnter Personen zurückführt, und zu deren Beseitigung und Sühne er gesetzliche Massregeln zu ergreifen droht. Nicht selten meint er, nicht er, sondern diejenigen seien geisteskrank, die seine geistige Überlegenheit, seine Begabung nicht zu würdigen verständen und ihn durch aufreizende Reibereien in Erregung zu versetzen suchten. Man wird durch dieses Verhalten an die Erfahrungen erinnert, die man so häufig über die Selbsttäuschungen Angetrunkener zu machen Gelegenheit hat.

Die Stimmung des Kranken ist vorwiegend eine gehobene, heitere, durch das Gefühl der erhöhten Leistungsfähigkeit beeinflusste. Er ist in unverwüstlich guter Laune, fühlt sich glücklich und froh, nicht selten in etwas überschwänglicher Weise, sieht sich von lieben, edlen Menschen umgeben, findet volle Befriedigung in den Genüssen der Freundschaft, der Kunst, der Humanität. Bisweilen entwickelt sich ein ausgeprägt humoristischer Zug, die Neigung, allen Dingen und Ereignissen die scherzhafte Seite abzugewinnen, Spitznamen zu erfinden, sich selbst und Andere lustig zu verspotten. Meist treten jedoch gerade die Bedürfnisse und Wünsche der eigenen Person gänzlich in den Vordergrund. Auf der anderen Seite besteht regelmässig eine grosse gemütliche

Reizbarkeit. Der Kranke ist unzufrieden, unduldsam, nörgelnd, namentlich im Verkehr mit Nahestehenden, wo er sich gehen lässt; er wird rücksichtslos, patzig und selbst roh, wo er mit seinen Wünschen und Neigungen auf Widerstand stösst; geringfügige äussere Anlässe können ungemein heftige Zornesausbrüche mit kräftigem Schimpfen und Neigung zu Gewalttätigkeiten herbeiführen. Der innere Halt des Kranken ist verloren gegangen; er lässt sich gänzlich durch augenblickliche Eindrücke und Gemütsbewegungen beherrschen, die sofort eine unwiderstehliche Macht über seinen steuerlosen Willen erlangen. Seine Handlungen tragen daher vielfach das Gepräge des Triebartigen, Unüberlegten und — wegen der geringen Störung des Verstandes — des Unsittlichen.

Was vor allem auffällt, ist seine erhöhte Geschäftigkeit. Der Kranke fühlt das Bedürfnis, aus sich herauszugehen, mit seiner Umgebung in lebhafteren Verkehr zu treten, eine Rolle zu spielen. Da er keine Ermüdung kennt, duldet es ihn nicht lange im Bett; in aller Frühe, um 4 Uhr bereits, steht er auf, räumt alle Rumpelkammern auf, erledigt rückständige Angelegenheiten, unternimmt Morgenspaziergänge, Ausflüge. Er beginnt, Gesellschaften, Vergnügungen mitzumachen, viele und lange Briefe zu schreiben, ein Tagebuch zu führen, viel zu musizieren, zu schriftstellern, entfernte Bekannte zu besuchen, sich um alle möglichen Dinge und Verhältnisse zu kümmern, die ihm früher gänzlich fern lagen. Namentlich die Neigung zum Reimen (Briefe!) pflegt sich stark geltend zu machen. Ein einfacher Bauer gab seine ideenflüchtigen Reimereien im Selbstverlage heraus; eine junge Dame verfasste bei ihrem Scheiden aus der Anstalt ein humoristisches Testament in Knittelversen und liess es drucken. Der Kranke knüpft zahlreiche Verbindungen an, zahlt plötzlich ohne Nötigung sämtliche Geschäftsschulden, macht grossartige Geschenke, baut allerlei Luftschlösser und stürzt sich mit rascher Begeisterung in gewagte, seine Kräfte weit übersteigende Unternehmungen. Er lässt von seinem Dörfchen 16000 Stück Ansichtspostkarten drucken, sucht einen Negerknaben aus Kamerun zu adoptieren. Ein Kranker erbot sich plötzlich, der Polizei einen lange gesuchten politischen Verbrecher sofort zur Stelle zu schaffen, verlieh dabei dem Beamten in scherzhafter Weise eine Phantasieuniform, lud durch

die Zeitung „die ganze Haute volée“ zum Ballfest in einem Aussichtshäuschen ein.

Die wirkliche Arbeitsfähigkeit des Kranken erleidet dabei regelmässig eine erhebliche Einbusse. Er hat keine Ausdauer mehr, lässt das Angefangene halbfertig liegen, ist liederlich und sorglos in der Ausführung, tut nur, was ihm zusagt. Wie es ihm gerade einfällt, unternimmt er unnötige Reisen, treibt sich herum, macht zwecklose Einkäufe und Tauschgeschäfte, auch ohne einen Pfennig in der Tasche, weil jeder neue Gegenstand seine Begierde reizt. Selbst der gelegentliche Diebstahl und die Übervorteilung wird in dieser krankhaften Lust am Besitz bisweilen nicht gescheut, um das Gewünschte zu erlangen.

Im äusseren Benehmen des Kranken macht sich gewöhnlich das gehobene Selbstgefühl, die Sucht, hervorzutreten, dann aber Unruhe und Unstetigkeit bemerkbar. Er kleidet sich gegen seine sonstige Gewohnheit nach der neuesten Mode, wenn auch vielleicht nachlässig, trägt Blumen im Knopfloch, begiesst sich mit Wohlgerüchen. Die Schrift zeigt grosse, anspruchsvolle Züge, viele Ausrufungs- und Fragezeichen, Unterstreichungen neben Flüchtigkeiten in der äusseren Form. Der Kranke führt überall das Wort, drängt sich bei jeder Gelegenheit in den Vordergrund, deklamiert öffentlich, zeichnet hohe Beiträge bei Sammlungen, sucht aller Augen auf sich zu lenken, Eindruck zu machen; er spricht viel und gern, weitschweifig, laut, mit lebhaften Gebärden und besonderer Betonung, in gesuchten Ausdrücken, von sich selbst oft in der dritten Person, um sich ein gewisses Ansehen zu geben, ergeht sich in handgreiflichen Prahlereien und Aufschneidereien. Er benimmt sich sehr ungeniert, lässt sich Verstösse gegen Anstand und Sitte zuschulden kommen, macht trotz tiefer Trauer geräuschvolle Vergnügungen mit, erzählt gewagte Witze in Damengesellschaft, nimmt sich mit lustigem Übermute unpassende Vertraulichkeiten gegen Fremde oder höher stehende Personen heraus, schliesst mit dem ersten Besten Freundschaft und Duzbrüderschaft und gerät in die mannigfaltigsten Streitigkeiten mit seiner Umgebung und der öffentlichen Ordnung, indem er seinen augenblicklichen Launen folgt, die ihn zu allerlei mutwilligen, unüberlegten und ungehörigen Streichen treiben.

Besonders verhängnisvoll pflegt dem Kranken die Neigung

zu Ausschweifungen zu werden. Er fängt an, sich häufig zu betrinken, unsinnig zu spielen, die Nächte auszubleiben, sich in Bordellen und zweifelhaften Wirtschaften herumtreiben, übermässig zu rauchen und zu schnupfen, stark gewürzte Speisen zu essen. Ein älterer, sonst sehr eingezogen lebender Familienvater begann mit den Kunstfechterinnen eines Zirkus Champagner zu trinken. Bei Frauen treten in der Erregung häufig lebhafte geschlechtliche Gelüste hervor, die sich in auffallender Kleidung, künstlichen Frisuren, flottem Benehmen, zweideutigem Entgegenkommen, in der Neigung, Bälle zu besuchen, zu tändeln, Liebesverhältnisse anzuknüpfen, schlüpfrige Romane zu lesen, besonders kundzugeben pflegen. Eine meiner Kranken erliess in diesem Zustande regelmässig Heiratsgesuche, die schliesslich den Erfolg hatten, dass sie unter Beihilfe eines Vermittlers tatsächlich mit einem wenig vertrauenswürdigen Menschen die Ehe einging. Eine verheiratete Dame fasste in jedem manischen Anfalle eine heisse Leidenschaft zu irgend einer männlichen Person ihrer Umgebung, zuletzt zu einem 30 Jahre jüngeren, in jeder Beziehung weit unter ihr stehenden Menschen, und überschüttete diese Geliebten trotz deren ablehnender Haltung mit den glühendsten Liebeswerbungen. Unbegreifliche Verlobungen, auch Schwängerungen sind in diesen Zuständen nicht selten; ich kenne Fälle, in denen sich das Einsetzen der Erregung mehrfach durch eine plötzliche Verlobung ankündigte.

Alle seine auffallenden und unsinnigen Handlungen weiss der Kranke mit ausserordentlicher Spitzfindigkeit zu begründen; um einen Entschuldigungs- und Erklärungsgrund ist er nie in Verlegenheit. Die Bemühungen seiner Angehörigen, ihn zu beruhigen, erweisen sich daher nicht nur als erfolglos, sondern sie reizen den Kranken geradezu und führen leicht zu heftigen Zornausbrüchen und selbst Gewalttaten. In der Anstalt drängt er meist vom ersten Tage an auf Entlassung, führt seine Heftigkeit ausschliesslich auf die ungerechte Freiheitsberaubung zurück, verlangt, von anderen Ärzten untersucht zu werden. Einer meiner Kranken wusste seine Frau durch Nörgeln dazu zu bewegen, dass sie ihm gegen meinen Rat die Übersiedelung in eine andere Anstalt zugestand. Auf der ganz kurzen Reise übernahm er jedoch selbst die Führung, fuhr seiner Frau davon und begab sich nach

Berlin, um sich von einem Arzte untersuchen zu lassen, der sich in der Gesunderklärung Geisteskranker einen gewissen Ruf erworben hat. Andere verfassen ideenflüchtige, gereizte, überschwängliche oder humoristische Schriften, in denen sie ihre Familienangelegenheiten auskramen, Gesundheitserklärungen erbitten und den Schutz der öffentlichen Meinung anrufen.

Die Mannigfaltigkeit dieses Krankheitsbildes im einzelnen ist trotz aller gemeinsamen Züge eine sehr grosse. Je leichter der eigentliche Krankheitsvorgang den Menschen berührt, desto mehr muss ja seine persönliche Eigenart in der Gestaltung der Krankheitserscheinungen mit zur Geltung kommen. Namentlich in der Art und Heftigkeit der gemütlichen Regungen machen sich die Verschiedenheiten bemerkbar. Während manche Kranke in dieser Zeit liebenswürdig, gutmütig, lenksam, umgänglich sind und höchstens durch ihre Ruhelosigkeit für die Umgebung störend werden, sind andere wegen ihrer Reizbarkeit, ihrer Herrschsucht und ihres rücksichtslosen Tatendranges ausserordentlich schwierig und unangenehm. Gerade die eigentümliche Mischung von Besonnenheit mit echt tobsüchtigem Handeln, vielfach auch die grosse Anstaltserfahrung macht sie überaus erfinderisch in Mitteln, ihre zahlreichen Gelüste zu befriedigen, die Umgebung zu hintergehen, sich allerlei Vorteile zu verschaffen, fremdes Eigentum in ihren Besitz zu bringen. Ihre Mitkranken pflegen sie bald vollständig zu beherrschen, sie auszubeuten, dem Arzte in Kunstausdrücken über sie zu berichten, sie zu bevormunden und in Schach zu halten.

Von den hier geschilderten leichteren Formen der Manie führen zahllose Übergänge allmählich hinüber zu dem Krankheitsbilde der eigentlichen T o b s u c h t. Der Beginn der Erkrankung ist regelmässig ein ziemlich plötzlicher; höchstens gehen Kopfschmerzen, Mattigkeit, Arbeitsunlust dem Ausbruche der stürmischeren Erscheinungen einige Tage oder Wochen voraus, wenn nicht etwa ein ausgeprägter Depressionszustand die Einleitung gebildet hat. Die Kranken werden rasch unruhig, reizbar, zusammenhangslos in ihren Reden, gewalttätig, lärmend, so dass in der Regel schon nach wenigen Tagen die Verbringung in die Anstalt erfolgen muss. Hier erweisen sie sich als besonnen und annähernd orientiert, aber ausserordentlich ablenkbar in ihrer Auffassung und

ihrem Gedankengange. Sie verstehen eindringliche Anreden, geben auch einzelne zutreffende Antworten, lassen sich aber durch jeden neuen Eindruck beeinflussen, schweifen ab, kommen vom Hundertsten ins Tausendste, kurz zeigen mehr oder weniger entwickelte Ideenflucht, wie wir sie früher eingehend geschildert haben.

Die Stimmung ist ausgelassen, lustig, übermütig, oft aber auch reizbar, zornmütig, gelegentlich in heftiges Weinen und Jammern umschlagend. Auf motorischem Gebiete besteht lebhafte Unruhe und Erregung. Der Kranke kann nicht lange still sitzen oder liegen, geht herum, springt, läuft, tanzt, wälzt sich am Boden. Er schwatzt unaufhörlich, singt, jodelt und jauchzt, bedeckt ungezählte Bogen mit mächtigen, flüchtigen Schriftzügen; er gestikuliert lebhaft, klatscht in die Hände, schneidet Gesichter, schmiert und wischt am Boden, an den Wänden und Fenstern herum, poltert und trommelt an der Tür, entkleidet sich, zerschlitzt seinen Anzug, sein Bettzeug, um die Fetzen hundertfältig verknotet und verschlungen zu abenteuerlichem Aufputz zu benutzen. Alle irgend erreichbaren Gegenstände werden in ihre Bestandteile zerlegt, um zu neuen Gebilden verschiedener Art zusammengesetzt zu werden, wie es just der Augenblick eingibt. Die Knöpfe werden abgedreht, die Taschen herausgerissen, der Rock umgekehrt, die Hosen in die Strümpfe gesteckt, die Hemdzipfel zusammengeknüpft, Ringe aus Garnresten oder zerstörten Hemdknöpfchen um die Finger gezwängt. Was dem Kranken in die Hände fällt, Steine, Holzstückchen, Glasscherben, Nägel, sammelt er auf, um mit ihrer Hilfe Wände, Möbel, Fenster zu zerkratzen und kreuz und quer mit Malereien oder Schriftzeichen zu bedecken. Nicht selten dienen ihm dabei in Ermangelung anderer Hilfsmittel auch die eigenen Ausscheidungen. Zigarrenreste und trockene Blätter werden in Papier gewickelt geraucht, Papierfetzen zum Schreiben, Nägel zum Pfeifenstopfen, Scherben zum Bleistiftspitzen benutzt; andere Funde sind Tauschmittel, um von den Mitkranken kleine Vorteile zu erlangen. Bisweilen wird auch allerlei in die Nase oder die Ohren gesteckt, das Ohrläppchen mit Streichhölzern oder Drahtstückchen durchbohrt, Asche und Staub als Schnupftabak verwendet, das Barthaar teilweise mit der Zigarre versengt. Mit den Anderen gerät

der Kranke wegen seiner Herrschsucht und Rücksichtslosigkeit häufig in Streit; er nimmt ihnen fort, was ihm gefällt. Die Erhöhung der gemütlichen Reizbarkeit führt bei den geringfügigsten Anstössen zu Wutausbrüchen von ungemeiner Heftigkeit, zu wahren Hochfluten von überlautem Schimpfen und Brüllen, zu gefährlichen Drohungen, zu blindem Zerstören und Angreifen. Das weibliche Geschlecht ist zu solchen Ausbrüchen ungleich mehr geneigt, als das männliche. Die geschlechtliche Erregung macht sich in unflätigen Reden, Herandrängen an jugendliche Kranke, schamlosem Onanieren, beim weiblichen Geschlechte auch im Duzen der Ärzte, Auflösen der Haare, Salben mit Speichel, häufigem Ausspucken, Schimpfen in unanständigen Ausdrücken sowie in geschlechtlichen Verdächtigungen des Wartpersonals Luft.

In einer ganzen Reihe von Fällen verbindet sich die Tobsucht vorübergehend oder dauernd mit völliger Verworrenheit. Die Kranken fassen nur noch ganz bruchstückweise auf, was um sie her vorgeht, wissen nicht mehr, wo sie sich befinden, schwatzen zusammenhangslos und unverständlich, bisweilen in selbsterfundener Sprache. Vielfach wird auch das Auftreten von ausgeprägten Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen, Grössenideen sowohl wie Verfolgungideen, beobachtet. An der Wand erscheint ein Totenkopf, „schimmernde Seidenwürmer“; die Kranken sehen Schlangen und Leichen, den Teufel, die Franzosen, arme Seelen, Geisterköpfe, Engelsgesichtchen, die Mutter Gottes; auf der Bettdecke werden Bilder vorgeführt, durch das Fenster farbige Signale gegeben. Die Personen ihrer Umgebung sind ganz verändert, werden für frühere Bekannte, Prinz Heinrich, den Grossherzog von Luxemburg, auch wohl für historische Grössen, Ludwig XIV., Cäsar, Elisabeth gehalten. Eine meiner Kranken mit zahlreichen, immer gleichen Anfällen nannte das ihren „Geschichtswahn“. Meist bleiben die einmal gewählten wahnhaften Bezeichnungen während des ganzen Krankheitsverlaufes die gleichen. Ferner hören die Kranken Stimmen aus der Unterwelt, verworrenes Getöse; sie werden verhöhnt und verspottet; der knarrende Fussboden, die pfeifende Lokomotive, die Glocken sprechen mit ihnen. Es wird ihnen befohlen, dass sie nicht essen sollen; Gott bestimmt sie zu etwas Höherem. In der Nacht werden giftige Dünste,

Schwefelgeruch ins Zimmer geleitet, geschlechtliche Angriffe auf sie ausgeführt; sie fühlen elektrische Schläge; die Speisen schmecken nach Gift. Ihre Gedanken werden ihnen eingegeben, nachgesprochen, die Eingeweide verdorben; sie sind verhext, verzaubert, in einem Zauberpalast, werden durch Mittel aufgeregt, sind allen möglichen Verfolgungen ausgesetzt, müssen mit dem Tode ringen; man quält sie, macht ihnen Zahnschmerzen.

Sehr bemerkenswert ist dabei die Neigung, beliebigen Wahrnehmungen eine besondere Bedeutung beizulegen. Auf einem alten Zettel entdecken sie das Zeichen von Österreich und Deutschland; die Buchstaben ihres Namens weisen auf königliche Abstammung hin; die Schwalben fliegen genau nach den Winken ihrer Hand. Sie haben übernatürliche Kräfte, himmlische Gedanken, sind eine Art Erlöser, zweite Braut Christi, Joseph von Ägypten, vom heiligen Geiste überschattet, Gott der Allmächtige. Andere sind adelig, Husarenoffizier, Königin von England, Schlachtenlenker, General, Kaiser und Papst Leo XIII. Der Kranke hat Berge erschaffen, Städte gebaut, besitzt die ganze Anstalt, diamantene Tassen, bekommt eine goldene Krone, den Paradiesgarten, kündigt dem Kaiser den Krieg an. Das Deutsche Reichsheer gehört ihm; er muss böse Geister bannen, ein Regiment führen, wird seines Glaubens wegen verfolgt; alles geht durcheinander; die Welt geht unter.

Alle diese Wahnbildungen, die noch durch allerlei fabulierende Erzählungen von merkwürdigen und grossartigen Erlebnissen bereichert werden, pflegen flüchtig zu sein und vielfach zu wechseln; sie werden als Einfälle, oft mit lachendem Munde, vorgebracht und nicht weiter verarbeitet. Hie und da kommt es indessen auch vor, dass gewisse Vorstellungen lange Zeit hindurch in gleicher Weise und mit Leidenschaftlichkeit festgehalten werden. Nicht selten besteht Krankheitsgefühl; die Kranken sprechen davon, dass sie „närrisch“ seien, ihre Gedanken nicht beisammen halten könnten.

Ein weiteres, viel selteneres Krankheitsbild, das in deliriöser Form verläuft, darf nur mit einem gewissen Vorbehalt dem manisch-depressiven Irresein zugerechnet werden. Es ist gekennzeichnet durch die rasche Entwicklung *tiefer, traumhafter Bewusstseinstrübung mit zahlreichen Sinnestäuschungen*

und verworrenen Wahnideen. Der Anfall beginnt gewöhnlich ganz plötzlich; nur Schlaflosigkeit, Unruhe oder ängstliche Verstimmung kann sich schon 1—2 Tage, seltener einige Wochen vorher bemerkbar machen. Das Bewusstsein trübt sich rasch; die Kranken werden schwer benommen, verwirrt, verkennen ihre Umgebung und verlieren vollständig die zeitliche und örtliche Orientierung. Sofort treten massenhafte Sinnestäuschungen auf. Alles ist verändert; es brennt; Vögel fliegen in der Luft herum; Engel erscheinen; Geister werfen den Kranken Schlangen ins Gesicht; an den Wänden huschen Schatten. Sie hören Glockenläuten, Schiessen, Wasserrauschen; die Stimme Gottes kündigt ihnen das jüngste Gericht, die Erlösung von allen Sünden an. Der Kaffee riecht nach Toten, die Hände wie verwest; das Essen schmeckt wie Ziegen- oder Menschenfleisch, das Wasser nach Schwefel. Der Kopf ist ganz taumelig, voll Fieberhitze; die Kranken glauben gehoben, in Abgründe geworfen zu werden; alles stürzt um sie her zusammen. Zugleich entwickeln sich zerfahrene, traumhafte Wahnideen. Ein schreckliches Unglück bricht herein; der Teufel kommt; der Kranke muss sterben, schreckliche Kämpfe durchmachen; er soll vergiftet, geköpft werden, ist verloren, verflucht, verfault, ganz allein auf der Welt. Alles ist vernichtet; die Angehörigen sind sämtlich gestorben. Er hat das grosse Los gewonnen, ist zum Kaiser ausgerufen, der verheissene Held, der die Welt erlösen soll. Das 1000jährige Reich ist angebrochen; die grosse Schlacht mit dem Antichristen wird geschlagen.

Die Stimmung ist während dieses Deliriums sehr wechselnd, bald ängstlich verzweifelt („Todesgedanken“), weinerlich schreckhaft, bald ausgelassen heiter oder verzückt, bald teilnahmlos und gleichgültig. Im Anfange bieten die Kranken vielfach die Zeichen der sinnlosesten Tobsucht dar, schwatzen, schreien, tanzen herum, wälzen sich am Boden, entkleiden sich; sie widerstreben, zerstören, lassen unter sich gehen, schmieren, machen triebartige Selbstmordversuche, werden rücksichtslos gewalttätig. Sie sind gar nicht zu fixieren, geben keinerlei Auskunft, beten, schimpfen, bitten um Verzeihung; in ihren unverständlichen, stammelnden Reden zeigt sich hochgradige Ideenflucht und Ablenkbarkeit. Zeitweise werden sie plötzlich ruhig, sind aber dabei nicht klar, sondern unbesinnlich, verworren, bis ebenso rasch die Er-

regung wieder beginnt. Während der ersten Zeit pflegt fast völlige Schlaflosigkeit zu bestehen. Die Nahrung wird häufig verweigert; die Ernährung sinkt sehr schnell. Der Kopf erscheint nicht selten stark gerötet; die Reflexe sind lebhaft; bisweilen beobachtet man deutliches Zittern am ganzen Körper ohne alkoholische Grundlage.

Auf voller Höhe erhält sich der Anfall gewöhnlich nur sehr kurze Zeit. Nach einigen Tagen, spätestens nach 3—4 Wochen, pflegt ziemlich rasch Beruhigung einzutreten. In einzelnen Fällen verlieren sich sämtliche Krankheitserscheinungen von einem Tage zum andern; meist jedoch vollzieht sich dieser Nachlass mehr allmählich. Einzelne Täuschungen, Reste der Wahnideen und namentlich der Stimmungsanomalien bleiben noch kurze Zeit zurück, nachdem die Aufregung und Verwirrtheit bereits geschwunden sind. Die Kranken sind zunächst noch misstrauisch, einsichtslos, unzufrieden, reizbar, auch wohl leicht ideenflüchtig, namentlich in Schriftstücken, redselig oder unzugänglich, drängen fort, bis dann im Laufe einiger Wochen nach und nach auch die letzten Krankheitszeichen zurücktreten. Die Erinnerung an die deliriöse Zeit ist meist eine ziemlich unklare; vielfach besteht sogar fast völlige Amnesie. Dass derartige Anfälle im manisch-depressiven Irresein vorkommen, ist zweifellos, doch erscheint ihre Kennzeichnung und Umgrenzung einstweilen noch etwas unsicher.

Die körperlichen Erscheinungen der manischen Zustände sind je nach der besonderen Gestaltung derselben etwas verschieden. Bei den Formen mit stärkerer Erregung ist der Schlaf stets sehr gestört; bisweilen besteht sogar fast völlige, höchstens auf wenige Stunden unterbrochene Schlaflosigkeit, die Wochen, selbst Monate andauern kann. Auch in den leichteren Erregungszuständen kommen die Kranken spät zur Ruhe und sind schon sehr früh wieder munter, scheinen aber ausserordentlich tief zu schlafen. Die Esslust ist vielfach gesteigert, die Nahrungsaufnahme aber dennoch infolge der Hast und Unruhe unregelmässig. Das Körpergewicht sinkt bei der Tobsucht stets sehr bedeutend, während es in hypomanischen Anfällen meist ansteigt. Dem entsprechend gewinnt hier die Haut frische Farbe und Spannung; die Bewegungen werden elastisch und kräftig; das spärlich gewordene Haar wächst nach, selbst mit verjüngtem Pigment.

Bei starker Erregung ist die Temperatur bisweilen hochnormal, die Atmung beschleunigt. Öfters treten Ohnmachten und Krampfanfälle auf, meist hysteriformer Art. Die Reflexe pflegen gesteigert zu sein. Besonders auffallend sind vielfach die Veränderungen an den Kreislaufsorganen. Die Herztätigkeit ist verstärkt, der Puls meist etwas beschleunigt, der Blutdruck herabgesetzt, nach den Angaben von Pilcz um durchschnittlich etwa 27 mmHg; die Gefässspannung ist vermindert. Infolgedessen erweitern sich die Gefässe leicht und ausgiebig bei jedem Herzschlage; es entstehen Pulse mit rasch ansteigendem, spitzem, steil abfallendem Gipfel und deutlicher Ausprägung der Rückstosswelle. Hie und da beobachtet man Wallungen zum Kopfe, gerötetes Gesicht, injizierte Bindehäute, starkes Schwitzen am Kopfe, Kälte der Extremitäten. Einige Male sah ich infolge des anhaltenden Schreiens hochgradige Ausdehnung und Schlängelung der oberflächlichen Venen am Halse. Im Harn fanden Mendel eine auffallende Abnahme des Phosphorgehaltes, Guérin und Aimé Steigerung des Kalk- und Magnesiagehaltes. Die Harnmenge ist vermehrt; in einzelnen Fällen wird Diabetes insipidus beobachtet. Pilcz konnte hier wie in den Depressionszuständen häufiger das Auftreten von allerlei abnormen Harnbestandteilen feststellen, Aceton, Diacetessigsäure, Indican, Albumose, die bei den Anfällen derselben Kranken wiederkehrten, aber keine bestimmte Beziehung zu der Färbung der Stimmung erkennen liessen.

Der Verlauf des manischen Anfalles ist ein recht verschiedener. Die Höhe der Krankheitserscheinungen wird in der Regel ziemlich rasch erreicht, bisweilen schon innerhalb weniger Tage. Von da ab kann der Zustand ebenso schnell wieder dem gesunden sich nähern, doch ist das meist nur bei den deliriösen Formen, weit seltener bei einfacher Tobsucht der Fall. In der Regel erhält sich die manische Erregung längere Zeit hindurch in annähernd gleicher Stärke, allerdings immer mit vielfachen Schwankungen. Sehr häufig sind Einschiebsel trauriger Verstimmung und selbst vorübergehenden Stupors, eine Erscheinung, die uns das Verständnis für die später zu besprechenden Mischformen eröffnet. Die endgültige Beruhigung stellt sich nach längerer Krankheitsdauer stets ganz allmählich ein, indem die Besserungen des Zustandes sich immer deutlicher ausprägen. Die Kranken werden

klarer über ihre Umgebung, zugänglicher, aufmerksamer, geraten aber sehr leicht wieder in die frühere Ideenflucht hinein. Auch dann, wenn die stürmischeren Störungen bereits in den Hintergrund getreten sind, pflegt doch eine erhöhte gemütliche Reizbarkeit, gehobenes Selbstgefühl sowie eine gewisse Unstetigkeit noch einige Zeit lang zurückzubleiben. Plötzliche, unerwartet heftige Zornausbrüche können sich an die geringfügigsten Anlässe anschliessen, auch nachdem anscheinend schon längst völlige Beruhigung eingetreten ist, namentlich bei den späteren, gern schleppend verlaufenden Anfällen. Öfters sieht man auch die anscheinend gänzlich geschwundene manische Erregung noch einmal aufflackern, wenn die Kranken in ungünstige Verhältnisse kommen oder zu trinken anfangen.

Auch die Dauer der manischen Erregung ist grossen Schwankungen unterworfen. Während gelegentlich Anfälle innerhalb weniger Wochen oder selbst Tage ablaufen, erstreckt sich die übergrosse Mehrzahl der Erkrankungen über viele Monate. Anfälle von 2- bis 3jähriger Dauer sind noch recht häufig; vereinzelte können wesentlich länger währen. Namentlich die Formen mit allerlei Wahnbildungen und mässiger, sich nur von Zeit zu Zeit steigernder Erregung scheinen gern einen langwierigen Verlauf zu nehmen. Bei manchen der sehr lange dauernden Fälle habe ich aus dem Gange des Körpergewichtes und der sonstigen Erscheinungen den Eindruck gehabt, als ob es sich gelegentlich um mehrere, unmittelbar einander folgende Anfälle handeln könnte.

Recht häufig schliesst sich an das Schwinden der manischen Erregung ein mehr oder weniger ausgeprägter Zustand von Schwäche und Kleinmütigkeit an, der gewöhnlich als Erschöpfung nach der schweren Krankheit aufgefasst wird, während ich geneigt bin, darin einfach den Umschlag in die unserer Krankheit eigentümliche Depression zu erblicken. Die Kranken sind äusserst leicht ermüdbar, unfähig zu jeder geistigen oder körperlichen Anstrengung, meist niedergeschlagen, besorgt wegen ihrer Zukunft, einsilbig, schwerfällig, unentschlossen. Im weiteren Verlaufe pflegen sich diese Störungen unter beträchtlichem Steigen des Körpergewichtes nach und nach wieder zu verlieren. In einzelnen, ganz besonders schweren Fällen kann jedoch eine Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit (Urteilslosigkeit, mangelhafte Krank-

heitseinsicht) und gemütlichen Widerstandsfähigkeit (Reizbarkeit, Bestimmbarkeit) sowie eine gewisse Ruhelosigkeit und Unstetigkeit dauernd zurückbleiben.

Der Ausgang in Tod ist nicht sehr häufig. Derselbe kann durch verschiedenartige hinzutretende Erkrankungen, durch einfache Erschöpfung (Collaps), durch Verletzungen und durch Fettembolien der Lungen infolge von ausgedehnten Zerquetschungen oder Vereiterungen des Unterhautzellgewebes herbeigeführt werden. Sehr fettreiche Personen mit ungenügender Leistungsfähigkeit des Herzmuskels sind in schwereren manischen Anfällen entschieden gefährdet. Bei älteren Personen kommen gelegentlich Apoplexien vor. Von irgend gesicherten Leichenbefunden ist noch nichts zu berichten.

Depressive Zustände. Die leichtesten Formen der Depressionszustände sind gekennzeichnet durch das Auftreten einer einfachen psychischen Hemmung ohne Sinnestäuschungen und ohne ausgeprägte Wahnideen. Dem Kranken wird das Denken schwer; er vermag nicht mehr aufzufassen, dem Gedankengange eines Buches, eines Gespräches zu folgen, fühlt sich müde, abgespannt, verdummt, innerlich leer; er beherrscht die ihm sonst geläufigen Kenntnisse nicht mehr, muss sich auf einfache Dinge lange besinnen, findet keine Worte, kann die Sätze nicht richtig zusammenfügen.

Die Stimmung ist eine trübe, hoffnungslose. Nichts vermag sein Interesse dauernd anzuregen; nichts macht ihm Freude; er ist unzufrieden mit sich selbst, gleichgültig geworden gegenüber seinen Angehörigen und dem, was ihm früher das Liebste war. Überall sieht er nur die Schattenseiten und Schwierigkeiten; die Menschen um ihn herum sind nicht so gut und uneigennützig, wie er gedacht hat; eine Enttäuschung und Ernüchterung folgt der andern. Schwere Gedanken steigen auf: seine Vergangenheit wie seine Zukunft erscheinen ihm in gleichmässig trübem Lichte; er „kommt sich vor wie ein Mörder“, fühlt sich vereinsamt, namenlos unglücklich, ohne doch sagen zu können, warum. Sein Leben ist verpfuscht; er passt nicht für seinen Beruf, will umsatteln, hätte sein Leben anders einrichten, sich mehr zusammennehmen sollen. Er hat keinen Lebenszweck mehr, zweifelt an unserem Herrgott, ist ein „Enterbter des Schicksals“ und schleppt sich

mit einer gewissen dumpfen Ergebung, die jeden Trost und jeden Lichtblick ausschliesst, mühsam von einem Tage zum andern hin. Alles ist ihm verleidet; er hat keine Freude in der Welt, mag nicht mehr leben, wird missmutig, unfreundlich, menschenscheu, bald weinerlich-verzagt oder ängstlich, bald reizbar und finster. An allen Ecken und Enden kostet es Geld, mehr als er bezahlen kann. Der wirtschaftliche Zusammenbruch ist unausbleiblich; der Kranke fängt daher an, zu sparen und zu knausern, sich und Andern nichts mehr zu gönnen, trägt seine schlechtesten Kleider, isst sich nicht mehr satt.

Bisweilen tauchen in diesen Zuständen allerlei Zwangsvorstellungen auf. Die Kranken müssen wider ihren Willen grübeln, sich mit der Ausmalung unangenehmer Bilder beschäftigen. Eine meiner Kranken wurde auf das schwerste durch den Zwang gepeinigt, an religiöse Darstellungen (Kruzifixe) obscöne geschlechtliche Vorstellungen anzuknüpfen. Andere quälen sich mit dem Gedanken, wie man sie martern, stückweise zerreissen könnte. Auch Zwangsantriebe kommen gelegentlich vor, die eigene Mutter umzubringen, Feuer anzulegen. Diese Erscheinungen dürfen wir vielleicht als den Ausdruck einer gewissen, auch durch andere Gründe gestützten Verwandtschaft des manisch-depressiven Irreseins mit dem Entartungsirresein betrachten.

Ganz besonders auffallend ist der vollständige Mangel an Tatkraft. Der Kranke ist „mutlos und willenlos", wie ein Rad am Wagen, das einfach mitläuft, innerlich erstarrt und versteinert, spricht kaum ein Wort, sitzt oft tagelang, die Hände in den Schoss gelegt, stumpf vor sich hinbrütend da, unfähig, sich zu irgend einer Handlung emporzuraffen. Jede kleinste Leistung kostet ihm eine unerhörte Anstrengung; selbst die alltäglichsten Verrichtungen, die Haushaltsarbeiten, das Aufstehen, Ankleiden, Waschen werden nur mit der grössten Mühe erledigt, unterbleiben schliesslich auch wohl ganz. Arbeiten, Besuche, wichtige Briefe, Geschäfte stehen wie ein Berg vor dem Kranken und bleiben liegen, weil er nicht die Kraft findet, die entgegenstehenden Hemmungen zu überwinden. Beim Spazierengehen bleibt er in der Haustüre oder an der nächsten Ecke stehen, unschlüssig, wohin er sich wenden soll, fürchtet sich vor jeder Begegnung, jedem Gespräche. Alles Neue erscheint unbehaglich und unerträglich; einer meiner

Kranken drängte sofort aus seiner früher von ihm sehr begehrten Stellung fort, schreckte aber auch vor der Übersiedelung in einen neuen Wohnort zurück und bestürmte die Behörde mit einander entgegengesetzten Wünschen, da ihm die neu geschaffene Lage immer sofort viel schlimmer vorkam, als die bisherige. Bisweilen entwickelt sich eine förmliche Bettsucht; die Kranken versprechen immer wieder, „morgen“ aufzustehen, haben aber stets neue Vorwände, liegen zu bleiben. Gerade wegen dieser schweren Willensstörung kommt es verhältnismässig selten zu ernsteren Selbstmordversuchen, wenn auch der Wunsch, zu sterben, recht häufig auftaucht. Erst dann, wenn mit dem Schwinden der Hemmung die Tatkraft wiederkehrt, während die Niedergeschlagenheit noch fortbesteht, werden die Selbstmordversuche häufiger und gefährlicher. Ein Kranker mit sehr leichter Verstimmung erhängte sich wenige Tage vor seiner Entlassung auf einem freien Ausgange, als er schon ganz aufgeheitert erschien.

Die Besonnenheit und Orientierung der Kranken ist trotz der starken Erschwerung der Auffassung und des Denkens vollständig erhalten. Zumeist besteht auch ein sehr lebhaftes Krankheitsgefühl, ja nicht selten sogar eine gewisse Krankheitseinsicht, insofern die Kranken ihr Bedauern über früher vorgekommene Ungehörigkeiten und die Besorgnis aussprechen, dass sie sich in der Aufregung aufs neue hinreissen lassen möchten. Andere meinen jedoch, sie seien nicht krank, nur willenlos, könnten sich wohl aufraffen, wollten nur nicht. Vielfach wird die Wiederkehr der Verstimmung auf äussere Zufälligkeiten, unangenehme Erfahrungen, Änderungen in den Verhältnissen u. dergl. zurückgeführt. Für den unbefangenen Beobachter ist es dabei deutlich, dass die psychische Wirkung jener Einflüsse überhaupt erst durch die krankhafte Trübung der Gemütslage zustande gekommen war. Ein gutes Bild von dem Denken und Fühlen solcher Kranker gibt der folgende Brief:

„Luise, die volle Wahrheit! Alles ist Geldverschwendung. Ich darf nicht nach Hause, ich darf nicht hierbleiben; sperrt mich in eine Zelle und gebt mir nur Brod und Milch; ich bin nicht mehr krank; sie wollen es mir nicht glauben: ich bin mir selbst zum Ekel und voller Lebensüberdruss, darf gute Menschen nicht weiter belästigen. Meinen Kindern kann ich nicht mehr schreiben, weil ich ihnen nicht sagen kann, dass sie mir gleichgültig sind; ich bin ein Scheusal und werde von Furien gehetzt, je länger ich hier bin, um so toller. Du





Fig. 1. Depressiver Stupor Fig. 2. Hypomanie
bei derselben Kranken.





Fig. 3. Depression. Fig. 4. Manischer Stupor.

Manisch-depressives Irresein.

sahst mein seelenloses Gesicht, Luise; Du bist Mensch — habe menschliches Erbarmen mit mir. Gebt mir nur so viel, um meine Blösse zu bedecken; alles andere ist mir Qual. Das ganze Leben ist eine furchtbare Qual; ich muss in eine Correctionsanstalt; ich muss zur Arbeit gezwungen werden. Hier verstehe ich nicht, zu arbeiten, weil die Angst mich plagt über meinen Zustand. Keine Arznei schlägt an, weil die Angst mich verzehrt. Hier müsste ich mich zusammennehmen, unter so scharfer Controle, aber das Leben ist erloschen — wie soll ich unter Fremde, da ich meine Sachen nicht in Ordnung halten kann? Ich gehe mit zerrissenen Stiefeln und kann mir nicht neue besorgen; Geld nützt mir nicht. Mein Leben ist trostlos und nur so lange erträglich, wenn ich meine Not klage. Dann hoffe ich auf Hülfe. Ihr werdet mich verachten statt Eurer Liebe von früher. Luise, erzähle mein Elend nicht weiter."

Die tiefe Niedergeschlagenheit, das Gefühl der inneren Verödung und Gefühllosigkeit, die Entschlussunfähigkeit, der Versündigungswahn, der Lebensüberdruss, endlich die leise Hoffnung auf Hilfe treten hier deutlich hervor.

In ihren höchsten Graden kann die psychische Hemmung bis zur Entwicklung eines ausgeprägten Stupors fortschreiten. Die Kranken sind tief benommen, vermögen die Eindrücke der Umgebung nicht mehr aufzufassen und zu verarbeiten, verstehen die an sie gerichteten Fragen nicht, haben keine Ahnung von ihrer Lage. Eine Kranke, die veranlasst wurde, aus einem Bett in das benachbarte zu steigen, meinte ganz verständnislos: „Das ist mir zu kompliziert". Ein bestimmter Affekt ist dabei meist nicht erkennbar, doch pflegt sich in den erstaunten Mienen der Kranken die Ratlosigkeit gegenüber den eigenen Wahrnehmungen, ferner in ihren Abwehrbewegungen eine gewisse ängstliche Unsicherheit auszudrücken. Die Willensäusserungen der Kranken sind äusserst spärliche. In der Regel liegen sie stumm im Bette, geben keinerlei Antwort, ziehen sich höchstens scheu vor Annäherungen zurück. Bald zeigen sie Katalepsie und Willenlosigkeit, bald planloses Widerstreben bei äusseren Eingriffen. Sie sitzen hilflos vor ihrem Essen, lassen es sich aber vielleicht ohne weiteres einlöffeln; sie halten fest, was man ihnen in die Hand drückt, drehen es langsam in der Hand, ohne zu wissen, wie sie sich wieder davon befreien können. Sie sind daher gänzlich ausserstande, für ihre körperlichen Bedürfnisse zu sorgen, werden nicht selten unrein. Von dem eigentümlich verstörten Gesichtsausdrucke solcher Kranker gibt die Figur 1 auf Tafel X eine gute Vorstellung. Die Erinnerung ist nach der meist ziemlich rasch ein-

tretenden Aufhellung des Bewusstseins sehr unklar und für manche Zeiten ganz erloschen.

In einer zweiten grossen Gruppe von Fällen gesellen sich der Denkstörung und der psychomotorischen Hemmung verschiedenartige Wahnbildungen hinzu, vor allem Versündigungs- und Verfolgungsideen. Der Kranke fühlt sich ganz von Gott verlassen, ist unnütz auf der Welt, von Jugend auf der schlechteste Mensch, ein grosser Sünder und Verbrecher, heimgesucht vom bösen Geist, ganz verworfen und verdammt; er hat seine Schuldigkeit nicht getan, die Ehe gebrochen, nicht alles gebeichtet, Alle beleidigt und unglücklich gemacht, ist schuld am Krieg. Es werden ihm so Sachen vorgestellt, als ob er jeden Schritt und Tritt in seinem Leben nicht richtig gemacht hätte. Ihm ist, als müsse er fort; die Leute sehen ihn an; er kann nicht mehr beten, hat kein Gefühl, keine Tränen mehr, so roh ist er; im Gemüt fehlt's. Er hat sich verkauft, kommt in die Hölle; der Teufel holt ihn. Alle verachten und verspotten ihn; er wird eingesperrt, von den Gendarmen abgeholt, kommt ins Zuchthaus, muss sterben, wird vergiftet, mit Hunden gehetzt, verstümmelt; das Schafott wird schon gezimmert. Die ganze Familie wird eingesperrt; die Frau hat sich ertränkt; der Kranke wird schimpflich aus seiner Stellung gejagt, muss nackt und elend herumlaufen; das Vermögen reicht nicht mehr; er kann nichts zahlen, kommt nicht mehr durch. Ungemein häufig sind hypochondrische Vorstellungen, die sich vielfach an die früher eingehend geschilderten Missempfindungen im Körper anknüpfen. Der Kranke hat seine Gedanken verloren, seine Gesundheit durch Onanieren zerstört, fühlt sich wie halbtot; er ist unheilbar, kein richtiger Mensch mehr, wird nie wieder gesund, sondern ganz blödsinnig; das Gesicht, die Figur hat sich verändert. Weibliche Kranke fühlen sich schwanger, sind geschlechtlich gemissbraucht worden; eine Kranke fing an, zu fasten und ganz dünne Röckchen zu tragen, um ihren vermeintlich gesegneten Zustand nicht offenkundig werden zu lassen. Eine solche Kranke mit tief bekümmertem Gesichtsausdrucke stellt die Figur 3 der Tafel X dar.

Vielfach gewinnen die Wahnideen einen ganz abenteuerlichen und unsinnigen Inhalt. Alles kracht zusammen, ist verändert, gefälscht, „alles fingiert, alles Talmi"; es ist eine ganz andere

Welt, gar nicht die richtige Stadt. Die Heimat ist vom Erdboden verschwunden; die Angehörigen sind tot. Der Kranke hat den Kaiser vergiftet, gehört gar nicht mehr zur Welt, ist kein Mensch mehr, eine Missgeburt, ein Bild, ein Gespenst, „gerade nur so eine Gestalt“. Er kann nicht leben und nicht sterben, muss so herumschweben, ewig auf der Welt sein. Wenn man ihn mit der Axt vor den Kopf schlägt, ihm die Brust aufschneidet, ihn ins Feuer wirft, ist er doch nicht umzubringen. „Man kann mich nicht mehr begraben“, sagte eine Kranke; „wenn ich mich auf die Wage setze, so heisst es: Null!“ Das Herz schlägt nicht mehr, ist ein totes Stück Fleisch; die Eingeweide sind vertrocknet und zerfressen, der Stuhlgang seit Monaten ausgeblieben, alle Glieder aus dem Gelenk, die Knochen heruntergerutscht; der Körper ist durch und durch syphilitisch, hat keinen Zusammenhalt mehr; der Magen ist gar nicht mehr da, der Kopf so gross wie Palästina; ein Wurm steckt im Leibe, ein Stück Fleisch im Halse.

Hie und da werden auch Sinnestäuschungen beobachtet. Der Kranke sieht drohende Schatten, Gespenster, Geister, erblickt Tiere mit spitzen Zähnen, die zur Türe hereinkommen, junge Löwen, Schlangen, einen grauen Kopf mit grossem Munde auf seinem Bett. Er hört das Jammern seiner Angehörigen, Drohungen, Beschimpfungen, Vorwürfe. Man lässt ihm Qualm ins Zimmer, gibt ihm stinkendes Essen; ihm wird Russ ins Gesicht geworfen, in die Augen geschossen.

In einzelnen Fällen entwickeln sich bei völliger Besonnenheit zusammenhängende Verfolgungsideen mit Sinnestäuschungen, die etwa an den Alkoholwahnsinn erinnern. Die Kranken werden misstrauisch, fühlen sich beobachtet, werden von Spionen verfolgt, von verkappten Mördern bedroht, erblicken einen Dolch in der Hand des Nachbarn. Bei anderen bestehen dauernd zahlreiche Gehörstäuschungen. Sie hören auf der Strasse, im Wirtshause vom Nebentische einzelne Bemerkungen über sich fallen. Im Nebenzimmer findet eine Gerichtssitzung über sie statt; es werden Ränke gesponnen, Versuche an ihnen gemacht; mit geheimen Worten und mit verdächtigen Gebärden wird gedroht; die Personen werden wahnhaft verkannt. Einer meiner Kranken suchte sich durch eine Reise den Verfolgern zu entziehen, merkte aber schon in der Bahn, dass sie ihn begleiteten, ging nur mitten auf

der Strasse, weil die Stimmen ihn mit Erschiessen bedrohten, sobald er rechts oder links abwiche.

Bei diesen Wahnbildungen pflegt die Besonnenheit und Orientierung der Kranken vollständig erhalten zu sein, obgleich sie vielleicht ihren Aufenthaltsort wie die Personen ihrer Umgebung wahnhaft umdeuten. Sie verstehen ohne weiteres alle Anreden, wenn sie auch mit ihren Gedanken nicht sehr dabei sind, bringen ihre Klagen geordnet, aber in überaus eintöniger Weise vor, kehren sofort zu denselben zurück, sobald man versucht, über andere Dinge mit ihnen zu sprechen. Sie sind denkträge, mögen und können sich nicht viel besinnen, versagen sehr bald, wenn man ihnen Aufgaben stellt, erlahmen beim Versuche, einen einfachen Brief zu schreiben.

In leichteren Fällen kann auch ein gewisses Krankheitsverständnis vorhanden sein. Der Kranke kommt vielleicht von selbst in die Anstalt, wenn er nicht von vornherein alles für nutzlos hält. An dieser Ansicht vermag auch der Hinweis auf frühere, glücklich verlaufene Anfälle nichts zu ändern. Damals war alles noch ganz anders; damals war noch die Möglichkeit einer Wiederherstellung, jetzt nicht mehr. Dieser Anfall ist viel schlimmer, als irgend einer zuvor.

Die Stimmung ist mutlos, düster, verzweifelt und macht sich bisweilen in lebhaftem, eintönigem Jammern Luft. Vielfach aber erscheinen die Kranken im Zusammenhalte mit den von ihnen geäusserten Wahnvorstellungen merkwürdig stumpf, gehen wenig aus sich heraus, starren vor sich hin, ohne sich um die Umgebung zu bekümmern. Eine Kranke verkroch sich in den Keller, um Ruhe zu haben. Bei Besuchen der Angehörigen kann man sich indessen öfters überzeugen, dass die Kranken durchaus nicht gleichgültig sind; sie können dabei in sehr lebhafte Erregung geraten.

In der Regel lassen sich deutlich die Zeichen der Denk- und Willenshemmung nachweisen, Gedankenarmut, Wortkargheit, leise, zögernde Antworten, Gebundenheit, müde Bewegungen, Fehlen selbständiger Handlungen, Unfähigkeit zu geistiger Tätigkeit. Andere Kranke sind zeitweise lebhafter, ängstlich. Sie wollen sich selbst der Polizei stellen, bitten um Verzeihung, flehen um Erbarmen. Sehr häufig sind Todesgedanken. Der Kranke möchte

weg sein von der Welt; man soll ihm den Kopf herunterschlagen. Er macht auch Versuche, sich umzubringen, allerdings infolge der Entschlussunfähigkeit vielfach mit geringem Nachdruck, stösst mit dem Kopfe gegen die Wand, knüpft sich ein Tuch um den Hals, ritzt sich mit dem Tischmesser am Handgelenk. Eine meiner Kranken kaufte sich Strychninweizen und Phosphorpasta, nahm aber zum Glück nur den ersteren, weil der Phosphor „zu wüst roch“. Eine andere trat auf die Fensterbrüstung im zweiten Stocke, um sich herunterzustürzen, kehrte aber ins Zimmer zurück, als ihr ein zufällig vorübergehender Polizist mit dem Finger drohte.

Auch die wahnhaften Formen der Depressionszustände können sich mit tiefer, stuporöser *Trübung des Bewusstseins* verbinden. Die Kranken versinken hier in einen Dämmerzustand, in welchem sie äusseren Eindrücken nahezu völlig unzugänglich sind, während sie von bunten, zusammenhangslosen Delirien und Sinnestäuschungen erfüllt werden. Ihre Umgebung verändert sich in der abenteuerlichsten Weise: das Zimmer dehnt sich aus ins Unendliche, wird zum Himmel, in welchem sie Gott auf dem Throne sitzen sehen, oder zum engen Grabe, in dem sie ersticken, während draussen Totengebete gemurmelt werden. Die ganze Welt verbrennt und erstarrt dann wieder zu Eis; der Kranke ist der letzte Mensch, der ewige Jude, allein in der Verwüstung, in Sibirien. Draussen wird das Schafott aufgeschlagen; eine zahlreiche Gesellschaft beobachtet und verspottet ihn; der Ofen macht bissige Bemerkungen. Man lässt ihn nackt auf der Strasse herumlaufen, stellt ihn als siamesischen Zwilling öffentlich aus, fordert ihn auf, sich aufzuhängen, um seine Schande zu begraben. Er befindet sich auf schaukelndem Schiffe, wohnt der feierlichen Beerdigung eines Fürsten mit Trauermusik und grossem Gefolge bei; auf einem hohen Berge sitzt ein kleines Männchen mit einem Regenschirm, das immer wieder vom Winde heruntergeblasen wird. Die Gesichter um ihn herum verzerren sich; die Personen haben eine geheimnisvolle Bedeutung, sind geschichtliche Grössen, Gottheiten. Der Kranke selbst ist anderen Geschlechtes geworden, geschwollen wie ein Fass; er ist von hoher Abkunft, der Welterlöser, ein Schlachtross.

Während dieser wechselnden, traumhaften Erlebnisse sind die Kranken äusserlich meist stark gehemmt, ausserstande, ein Wort

zu sprechen oder selbst für ihre Bedürfnisse zu sorgen, essen nicht, werden unreinlich. Ohne lebhaftere Gefühlsregungen zu verraten, liegen sie stumm, unzugänglich, teilnahmlos im Bett; nur der gespannte, scheue Gesichtsausdruck und das Widerstreben gegenüber äusseren Einwirkungen, gelegentlich auch absonderliche Stellungen oder Bewegungen sowie unvermutete triebartige Handlungen (Selbstmordversuche) deuten auf die Vorgänge in ihrem Innern hin. Hie und da hört man auch einzelne abgerissene, langsam, wie staunend, von ihnen vorgebrachte Äusserungen. Die folgende Nachschrift lässt die tiefe Verworrenheit deutlich erkennen:

„Eine Stimme hat die andere verstickt — Nein, so wars nicht — Es ist etwas sonderbar — Es war ganz anders — Das Haus ist überzwerch — Alle haben Gift — Nein, die haben das geschrieen — Nein, ich hab's extra geschrieben — Ja, jetzt ess' ich nichts mehr — Hätten Sie es anders nun gemacht, dann wär's besser gewesen — Sie hätten gar nichts geschrieben — Die hat alle Leute verschreckt — Es ist halt keine richtige Schildwache droben — jetzt wird's nicht mehr besser —".

Bei dem allmählichen Erwachen aus diesem Zustande bleiben oft noch längere Zeit hindurch einzelne illusionäre oder hallucinatorische Täuschungen zurück, selbst wenn die Kranken sie schon richtig zu beurteilen verstehen.

Auch die Depressionszustände sind regelmässig von allerlei körperlichen Störungen begleitet. Die Kranken klagen über Druck und Benommenheit, Leere im Kopf, Ohrensausen, Schwindel, Beklemmungsgefühle, Herzklopfen, Schaudern im Nacken, Schwere in den Gliedern. Die Esslust ist in der Regel sehr herabgesetzt, die Zunge belegt, der Stuhlgang angehalten; die Kranken nehmen nur mit Widerwillen und auf vieles Zureden Nahrung zu sich. Der Schlaf ist trotz starken Schlafbedürfnisses meist empfindlich beeinträchtigt; die Kranken liegen stundenlang, von peinigenden Vorstellungen gequält, schlaflos im Bette, um nach wirren, ängstlichen Träumen am anderen Morgen mit wüstem Kopfe, abgeschlagen und ermattet zu erwachen. Sie stehen meist sehr spät auf, bleiben auch wohl tage- oder wochenlang ganz liegen, obgleich sie auch im Bette keine Erholung finden. Der Gesichtsausdruck und die Körperhaltung ist schlaff und matt, die Sprache leise, zögernd, das Auge glanzlos; die Haut ist fahl, runzelig, welk; das Körpergewicht pflegt bedeutend

zu sinken, namentlich in den mit Wahnbildungen oder Stupor einhergehenden Formen. Atmung und Herztätigkeit sind abgeschwächt und verlangsamt, der Blutdruck gesteigert, die Spannung der Gefässe erhöht. Dadurch entstehen niedrige, tarde Pulsformen mit wenig erhöhtem oder abgerundetem Gipfel und schwacher Ausbildung der Rückstosswelle. Die Harnmenge wie die Ausscheidung von Harnstoff, Phosphorsäure und Magnesia soll vermindert sein.

Mischzustände.*) Wenn man genauer eine grössere Zahl von Fällen beobachtet, die den verschiedenen Gestaltungen des manisch-depressiven Irreseins angehören, so macht man bald die Bemerkung, dass zwischen den bisher auseinandergehaltenen Grundformen, der manischen Erregung und der Depression, zahlreiche Übergänge bestehen. Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass die einzelnen Anfälle der Krankheit keineswegs durchweg eine einheitliche Färbung haben. Wir haben schon erwähnt, dass manische Kranke vorübergehend nicht nur traurig oder verzweifelt, sondern auch still und gehemmt erscheinen können. Solche plötzliche Umschläge für Stunden oder einzelne ganze Tage sind in der einen wie in der anderen Richtung ungemein häufig. Ein Kranker geht vielleicht verstimmt und gehemmt zu Bette, wacht plötzlich mit dem Gefühle auf, als ob ein Schleier von seinem Hirn weggezogen wäre, verbringt den Tag in manischer Schaffensfreudigkeit, um am nächsten Morgen zerschlagen, mit schwerem Kopfe das ganze Elend seines Zustandes wieder in sich vorzufinden. Oder der hypomanische, übermütige Kranke unternimmt ganz unvermutet einen schweren Selbstmordversuch.

Sodann aber begegnen uns ungemein häufig vorübergehend Zustandsbilder, die weder der manischen Erregung noch der Depression genau entsprechen, sondern eine Mischung von Krankheitszeichen der einen und der anderen Erscheinungsform des manisch-depressiven Irreseins darstellen. Am klarsten wird dieses Verhältnis in den Übergangszeiten aus einem Zustande in den anderen, die sich oft über Wochen und Monate hin erstrecken. Wir sehen dabei die Erscheinungen des einen Bildes nicht immer

---

*) Weygandt, Über die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins. Habilitationsschrift. 1899.

auf allen Gebieten des Seelenlebens gleichmässig verschwinden, um nach einer Zeit farblosen Gleichgewichtes durch die allmählich sich entwickelnden andersartigen Störungen ersetzt zu werden. Vielmehr verlieren sich einzelne Krankheitszeichen des früheren Abschnittes schneller, andere langsamer, und daneben tauchen schon diese oder jene Erscheinungen des neu sich ausbildenden Zustandes auf. Richtet man sein Augenmerk genauer auf diese Übergangszeiten, so ist man erstaunt über die Mannigfaltigkeit der hier sich zeigenden Zustandsbilder, die zum Teil mit den schulgerechten Anfällen kaum noch vereinbar erscheinen. Dennoch glaube ich, dass wir auch diese Zustände unserem Verständnisse näher bringen können, wenn wir annehmen, dass sie eben aus einer verschiedenartigen Mischung der Grundstörungen des manisch-depressiven Irreseins hervorgehen.

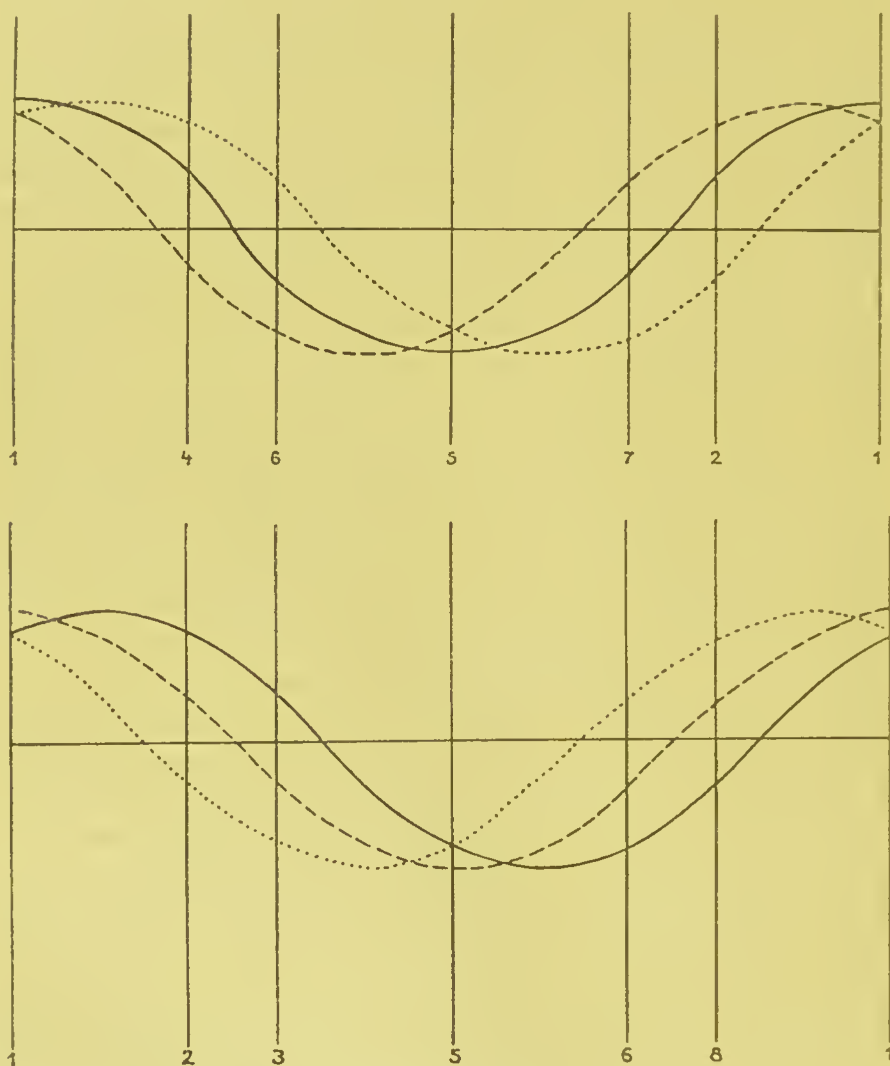
Unsere früheren Betrachtungen haben uns gezeigt, dass die Einzelzüge, aus denen sich Manie und cirkuläre Depression zusammensetzen, in gewissem Sinne als vollkommene Gegensätze angesehen werden können. Soweit unsere Kenntnis reicht, können wir auf der einen Seite Trägheit des Vorstellungsablaufes, traurige Verstimmung und Entschlussunfähigkeit, auf der anderen Flüchtigkeit der Vorstellungen, gehobene Stimmung und erleichterte Auslösung von Willenshandlungen als die Grundstörungen des manisch-depressiven Irreseins betrachten. Ob diese Kennzeichnung schon genau das Richtige trifft, und ob sie vollständig ist, müssen wir einstweilen dahingestellt sein lassen. Ich will hier nur darauf hinweisen, dass sich mindestens die Störung der Willensvorgänge schwerlich auf eine so einfache Formel bringen lässt. Die Schriftwageversuche haben uns gezeigt, dass in Mischzuständen die Kraft der Bewegung, also die Stärke des Antriebes, erhöht sein kann, während ihr zeitlicher Ablauf verlangsamt ist. Die Gegensätze scheinen also verwickeltere zu sein. Bevor wir jedoch einen genaueren Einblick in diese Verhältnisse gewonnen haben, wollen wir uns mit der oben gegebenen dreigliedrigen Gegenüberstellung begnügen.

Auf der Höhe der Anfälle sind in der Regel immer diejenigen Störungen gleichzeitig ausgebildet, welche den manischen oder den depressiven Zustand zusammensetzen. Es scheint indessen, als ob diese Verbindungen keine unverbrüchlichen sind, wie uns

übrigens auch die Zustände des Gesunden zeigen. Neben der lauten freudigen Erregung begegnen uns stillvergnügte Stimmungen, neben der starren, dumpfen, schmerzlichen Versunkenheit die wilden Ausbrüche der Verzweiflung. Nehmen wir an, dass sich in der Tat jene drei Paare von gegensätzlichen Störungen in jeder beliebigen Weise miteinander verbinden können, so würden sich aus ihnen nicht weniger als 8 verschiedenartige Zustandsbilder zusammensetzen lassen, von denen wir für gewöhnlich allerdings nur die beiden Hauptformen, die manische Erregung und die ihr in allen Stücken entgegengesetzte Depression, auseinanderzuhalten pflegen.

Zur besseren Verdeutlichung dieser Überlegungen sei die Annahme gestattet, dass sich die Übergänge von einer Teilstörung zu ihrem Gegenstücke für eine bestimmte Gruppe von Fällen immer im gleichen Zeitmasse vollziehen, dass aber diese Wandlung für jedes der drei Paare von Krankheitszeichen nicht, wie gewöhnlich, gleichzeitig, sondern nacheinander beginnt. Unter dieser Voraussetzung wird eine Störung schon in ihr Gegenstück umgeschlagen sein, während auf den anderen Gebieten noch der frühere Zustand fortbesteht. Die beiden folgenden Zeichnungen mögen die hierbei sich ergebenden Möglichkeiten näher erläutern. Sie stellen beide den Übergang aus der manischen Erregung zur Depression und nochmals zur Manie dar. Die Kurventeile über der wagerechten Linie bedeuten nach dem gewöhnlichen Gebrauche die Teilstörungen der Manie, während das Heruntergehen unter die Linie den Übergang in die Depression bezeichnen soll. Die Denkstörungen sind durch gestrichelte, die Stimmungsänderungen durch punktierte, die Willensstörungen endlich durch ausgezogene Linien wiedergegeben. Dargestellt ist der Fall, dass einmal die Denkstörung früher, die Stimmungsänderung später in ihr Gegenteil umschlägt, als die Willensstörung, während das andere Mal jene beiden dieser letzteren vorauseilen. In ganz gleicher Weise kann man natürlich auch noch verschiedene andere Möglichkeiten veranschaulichen, verfrühtes Umschlagen der Willensstörung, gemeinsamen Verlauf zweier Störungspaare vor oder hinter dem dritten. Da wir jedoch heute noch nicht wissen, welche Fälle wirklich vorkommen, genügt es, die hier wiedergegebenen Beispiele zu betrachten, da überall die gleichen Mischungen von Krankheitszeichen wiederkehren.

Fassen wir zunächst die erste Kurve ins Auge, so würde der Anfangszustand demjenigen der manischen Erregung entsprechen.



Figur XXIV.
Zusammensetzung der Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins.

-------- Denkstörung.
.... Verstimmung.
———— Willensstörung.

Bei der Linie 4 hat die Ideenflucht der Denkhemmung Platz gemacht, während heitere Stimmung und Betätigungsdrang fort-

bestehen; bei 6 hat sich dazu Willenshemmung entwickelt. Indem nun auch die Stimmung umschlägt, finden wir bei 5 das Bild der cirkuläre Depression auf der Höhe; es beherrscht längere Zeit hindurch, wenn auch in etwas wechselnder Zusammensetzung, die Lage. Bei 7 haben wir Ideenflucht neben trauriger Verstimmung und Willenshemmung vor uns, während sich kurze Zeit darauf, bei 2, auch die Willensstörung geändert hat und nur die depressive Stimmung noch anhält. Der weitere Verlauf führt dann wieder zur Ausbildung der Manie, die längere Zeit hindurch andauert. In der zweiten Kurve, die ähnlich beginnt wie die erste, begegnen wir bei 2 dem gleichen Zustande, der sich in der ersten Kurve vor dem neuen manischen Anfalle herausgebildet hatte. Weiterhin aber kommt es bei 3 zu einer Verbindung von Denkhemmung und depressiver Stimmung mit Erregung. Der vollen Entwicklung der Depression bei 5 folgt zunächst wieder ein uns schon aus der ersten Kurve bekannter Zustand, Denk- und Willenshemmung mit heiterer Stimmung, sodann aber bei 8 Willenshemmung mit Ideenflucht und gehobener Stimmung.

Würden sich die Übergänge zwischen den entgegengesetzten Zuständen des manisch-depressiven Irreseins in ähnlicher Weise abspielen, wie es hier geschildert wurde, so würden wir zunächst verstehen, dass die Übergangsbilder gegenüber den beiden Hauptformen bisher verhältnismässig wenig Beachtung gefunden haben, da sie eben in der Regel nur eine recht kurze Dauer haben. Zudem mag es nur eine beschränkte Zahl von Fällen sein, bei denen das zeitliche Auseinanderweichen der Wandlungen auf den verschiedenen Gebieten stärker ausgesprochen ist. Auch haben wir uns wohl vorzustellen, dass die einzelnen Kurven keineswegs glatt verlaufen, sondern vielfache plötzliche Schwankungen darbieten, durch welche die wechselnden Zustandsbilder noch mehr verwischt werden. Auf der anderen Seite aber würde gerade die hier versuchte Darstellung es begreiflich erscheinen lassen, dass auch in den reinen Bildern der Manie und der Depression das Verhältnis der Teilstörungen zueinander innerhalb weiter Grenzen wechseln kann. Die Willenshemmung kann ungemein stark sein, während die Verstimmung verhältnismässig wenig ausgesprochen ist, und umgekehrt; manische Kranke können sehr ideenflüchtig, aber dabei wenig erregt sein, stark gehobene Stimmung bei ge-

ringer Ablenkbarkeit darbieten u. s. f. Auch in demselben Krankheitsverlaufe begegnet uns nicht selten ein Wechsel in der quantitativen Zusammensetzung der gleichartigen Zustände.

Wir werden uns jedoch nunmehr die Frage vorzulegen haben, ob uns denn die klinische Erfahrung tatsächlich Krankheitsbilder kennen lehrt, die den hier zugrunde gelegten Voraussetzungen entsprechen. Obgleich unsere Hilfsmittel zur Zergliederung der einzelnen Erscheinungsformen noch sehr unvollkommene sind und eine wirklich planmässige Durchforschung der Mischzustände und ihrer Entwicklungsbedingungen bisher noch kaum in Angriff genommen worden ist, glaube ich jene Frage doch bejahen zu dürfen. Sobald einmal der Blick für diese Beobachtungen geschärft ist, erkennt man sehr bald, dass in der Tat die schulmässige Schilderung der Manie und der cirkulären Depression nur für gewisse Hauptformen einigermassen zutrifft. Um sie herum gruppieren sich mannigfaltige andersartige Zustandsbilder, die sich indessen, soweit wir das zu beurteilen vermögen, aus ganz denselben Grundstörungen zusammenzusetzen scheinen. Diejenigen, die sich aus unseren Betrachtungen unmittelbar ableiten lassen, wollen wir hier noch kurz besprechen. Dabei bedarf es wohl nur eines Hinweises auf die Möglichkeit, dass uns eine tiefer dringende Zergliederung der manisch-depressiven Teilstörungen noch manche Erweiterung dieses Formenkreises bringen mag.

1. Unseren Ausgang nehmen wir von dem Bilde der *Manie* mit Ideenflucht, gehobener Stimmung und Betätigungsdrang.

2. Tritt in diesem Bilde an die Stelle der heiteren eine depressive Verstimmung, so entsteht jenes Krankheitsbild, das wir als *zornige Manie* bezeichnen. Wir kennen Fälle von ausgesprochener manischer Erregung, in denen die Kranken zeitweise oder dauernd überaus reizbar sind, ihre Umgebung mit Schmähungen überschütten, bei den geringsten Anlässen in heftige Zornausbrüche geraten und sinnlos gewalttätig werden. Vergleicht man damit die unverwüstliche Heiterkeit und Liebenswürdigkeit anderer, ebenso erregter Kranker, so liegt es nahe, dort an ein mehr oder weniger lange dauerndes Umschlagen der Stimmung in lebhafte Unlustgefühle zu denken. Mässigt sich dabei die Erregung, so entstehen vielleicht die *nörgelnden* Formen der Manie, auf deren leichteste Gestaltungen *Hecker* besonders hin-

gewiesen hat. Hier zeigen die Kranken bisweilen noch ein etwas gehobenes Selbstgefühl, aber durchaus keine heitere Stimmung. Vielmehr sind sie unzufrieden, unleidlich, vielleicht sogar ein wenig ängstlich, haben an allem etwas auszusetzen, fühlen sich bei jeder Gelegenheit schlecht behandelt, bekommen schlechtes Essen, können es in der entsetzlichen Umgebung nicht aushalten, in den miserablen Betten nicht schlafen, mit den anderen Kranken nicht verkehren. Bei ihrer völligen Besonnenheit haben sie eine grosse Neigung und Fähigkeit, Andere zu verletzen und zu kränken, sie untereinander zu verhetzen, aufzuwiegeln, überall das Unangenehme herauszufinden und in den Vordergrund zu stellen. Jeden Tag bringen sie neue Klagen vor, bevormunden ihre Umgebung, werden gereizt, wenn man ihnen nach ihrer Meinung nicht genügend Gehör schenkt. Die manische Grundlage deutet sich in leichter Ideenflucht, grosser Unstetigkeit und Rastlosigkeit an, die den Kranken dazu treibt, viel herumzuwandern, alle möglichen Kuren zu beginnen, ohne eine einzige durchzuführen, übermässig zu rauchen und zu trinken.

3. Wird in dem geschilderten Zustandsbilde die Ideenflucht durch Denkhemmung ersetzt, so entsteht das eigentümliche Bild der depressiven Erregung. Es handelt sich dabei um Kranke, die auf der einen Seite ausserordentlich gedankenarm sind, auf der anderen Seite aber eine lebhafte Unruhe zeigen, die ausser Verhältnis zu der Stärke ihrer traurigen Verstimmung steht. Die Kranken reden unaufhörlich, aber stets dasselbe, quälen sich und ihre Umgebung durch fortgesetztes, einförmiges Jammern, bringen immer die nämlichen Wahnvorstellungen, meist hypochondrischen Inhalts, in den gleichen Ausdrücken vor, gehen aus dem Bette, hängen sich an den Arzt, kümmern sich um andere Kranke und um die Vorgänge auf der Abteilung. Sie klagen, dass man sie zugrunde gerichtet, vergiftet habe, dass sie nie mehr gesund werden könnten, sterben wollen, sich auf der Welt nicht mehr zurecht fänden, sind aber dabei nicht besonders ängstlich oder traurig, lassen sich ohne Mühe fixieren, um geordnete Auskunft zu geben. Vorübergehend können sie geradezu humoristische oder witzige, bissige Bemerkungen machen, auch anspruchsvoll, gereizt, gewalttätig werden.

increased mot. Thinking disturb. Depression

4. Wiederum ein anderes Bild entwickelt sich, wenn nunmehr

die depressive in heitere Stimmung umschlägt. Wir haben dann einen manischen Zustand ohne Ideenflucht vor uns, eine unproduktive, *gedankenarme Manie*. Dieses Zustandsbild ist recht häufig. Die Kranken nehmen langsam und ungenau wahr, verstehen Fragen öfters erst bei mehrfacher, eindringlicher Wiederholung, passen gar nicht auf, geben vielfach verkehrte, ausweichende Antworten, können sich auf einfache Dinge nicht gleich besinnen. Sie machen darum nicht selten einen geradezu schwachsinnigen Eindruck, während sie sich später sogar als besonders begabt erweisen können. Der Zustand ist grossen Schwankungen unterworfen, so dass die Kranken vorübergehend sehr schlagfertig und gewandt antworten, während sie zu anderen Zeiten gar nichts vorzubringen vermögen.

Die *Stimmung* der Kranken ist heiter, vergnügt, ausgelassen; sie lachen mit und ohne Anlass, freuen sich über jede Kleinigkeit. Ihre Reden sind zusammenhangslos, faselig, sehr einförmig und inhaltsleer; sie sprechen weder besonders hastig noch viel, können sich lange Zeit hindurch ganz still verhalten, wenn sie nicht von aussen angeregt werden. Immerhin pflegt eine gesteigerte *Erregbarkeit* zu bestehen. Während die Kranken zunächst keine Worte finden, kann sich im Laufe eines Gespräches allmählich ein rasch anschwellender Rededrang entwickeln. Der Beschäftigungsdrang beschränkt sich vielfach auf Gesichterschneiden, gelegentliches Herumtanzen, übermütiges Schleudern von Gegenständen, Veränderung in Kleidung und Haartracht, ohne die rastlose Geschäftigkeit zu zeigen, wie sie sonst der Manie eigentümlich ist. Manche dieser Kranken benehmen sich für gewöhnlich so ruhig und geordnet, dass die Erregung bei oberflächlicher Beobachtung gar nicht hervortritt. Dagegen sind sie in gehobener, hie und da etwas gereizter Stimmung, ablehnend oder von gesuchter Grobheit, um hinterher in ein lustiges Lachen auszubrechen. Andere sitzen untätig herum, wollen sich bei jeder Anrede vor Lachen ausschütten, bringen ausser einer schnippischen Bemerkung durchaus nichts vor. Regelmässig bemerkt man auch, dass sie zu keiner geordneten Beschäftigung fähig sind, vielmehr Neigung zu allerlei Schabernack und unnützen Streichen zeigen, sammeln, zusammenstehlen, zerreissen, verknoten, Schlüssellöcher verstopfen, Papierfetzen an die Wand kleben, mutwillig verder-

ben. Zeitweise kommt es auch zu ganz unvermittelten, kurzdauernden, triebartigen Ausbrüchen von grosser Heftigkeit. Ein solcher Kranker sprang ohne Anlass plötzlich aus dem Bade, schlug den Wärter mit einem Stuhle nieder, zertrümmerte einige Fensterscheiben und schlüpfte völlig nackt in den schneebedeckten Garten hinaus, wo er sich ganz ruhig wieder einfangen liess, als ob nicht das Geringste geschehen wäre; er war auch nicht imstande, irgend einen Beweggrund für sein Handeln anzugeben. Vorübergehend kann sich auch wirkliche Tobsucht mit Ideenflucht und lebhaftem Rededrang einstellen.

5. Schulgerechte Depression mit Denkhemmung, trauriger Verstimmung und Entschlussunfähigkeit.

6. Tritt hier an Stelle der traurigen die heitere Verstimmung, so entsteht jene Form, die mir den ersten Anstoss zu Untersuchungen über die Mischzustände gegeben hat, und die wir als „manischen Stupor" zu bezeichnen pflegen. Die Kranken sind gewöhnlich ganz unzugänglich, kümmern sich nicht um ihre Umgebung, geben keine Antwort, sprechen höchstens leise vor sich hin, lächeln ohne erkennbaren Anlass, liegen vollkommen still im Bett oder nesteln an ihren Kleidern und Bettstücken herum, putzen sich in abenteuerlicher Weise heraus, alles ohne Zeichen von äusserer Unruhe oder gemütlicher Erregung. Bisweilen werden einzelne Wahnvorstellungen wechselnden Inhaltes geäussert. Die Kranken fühlen Kälte im Hirn, haben eine Zunge von Eisen, werden von Eisbären gefressen, sind vertauschtes Fürstenkind, Eleonora von Halberstadt. Meist aber erweisen sie sich als ziemlich besonnen und orientiert. Nicht selten lässt sich Katalepsie nachweisen. Ganz unvermutet jedoch werden sie lebhaft, schimpfen laut und heftig, machen unter ausgelassenem Lachen eine schnippische, treffende Bemerkung, springen aus dem Bett, werfen ihr Essen ins Zimmer, entkleiden sich plötzlich, rennen im Sturmschritt durch einige Säle, zerreissen ein Kleidungsstück oder misshandeln ohne äussere Veranlassung einen Mitkranken, um sofort wieder in ihre frühere Unzugänglichkeit zurückzuversinken. Zu anderen Zeiten trifft man sie auch wohl einmal ruhig, besonnen und einsichtig an, meist allerdings nur ganz vorübergehend. Manche Kranke wandern gemessenen Schrittes auf der Abteilung

Retardat. Thinking disord. Exhilar.

herum, reden fast nichts, machen aber gelegentlich einen Witz, duzen den Arzt, drängen sich erotisch an ihn heran, lächeln. Eine solche Kranke stahl nachts ihrer schlafenden Wärterin die Schlüssel und entwich damit in das Zimmer eines Arztes, freute sich sehr über den gelungenen Streich, ohne ein Wort zu sprechen. Oft haben die Kranken eine ganz genaue Erinnerung an die verflossene Zeit, vermögen aber ihr absonderliches Benehmen durchaus nicht zu erklären. „Ich wollte keinen Willen haben,“ sagte mir ein derartiger Kranker. Er hatte die Nahrung verweigert, um leichter zu werden und dadurch die Gesundheit zu erlangen, fühlte sich aber durch den Hunger veranlasst, grosse Mengen Milch durch die Nase einzuschlürfen und an einer Semmel leidenschaftlich zu riechen. Bei diesen absonderlichen Veranstaltungen lächelte er selbst, sprach aber kein Wort und liess sich nicht davon abbringen.

Eine gewisse Vorstellung von diesem Zustande kann vielleicht die Figur 4 der Tafel X geben. In dem starren Gesichtsausdrucke der immer auf demselben Flecke stehenden Kranken gibt sich deutlich die Gebundenheit zu erkennen, die sie viele Monate lang beherrschte und stumm machte. Gleichzeitig aber trat in der fast unüberwindlichen Neigung zum Zerreissen und Schmieren der manische Grundzug der Störung hervor, der in dem Schmucke aus abgerupften Blättern und Zweigen auch auf dem Bilde erkennbar ist. Bei anderen Kranken ist der Gesichtsausdruck mehr heiter, übermütig, erotisch. Öfters schiebt sich dieser Zustand nur vorübergehend in einen ausgeprägt manischen Anfall ein. Noch häufiger bildet er den Übergang zwischen einem depressiven Stupor und der an ihn sich anschliessenden Manie, wie es in unserer zweiten Kurve angenommen wurde. Man kann dann schrittweise die verschiedenen Zwischenstufen verfolgen, das Nachlassen der traurigen Verstimmung, das Auftreten des ersten Lächelns, das Freierwerden der Bewegungen, die Entwicklung einer gewissen Unruhe mit leisem Flüstern und endlich das Schwinden der Hemmung auch auf sprachlichem Gebiete mit Hervorbrechen von Rededrang und Ideenflucht.

7. In dem gewöhnlichen Bilde der Depression kann die Denkhemmung durch Ideenflucht ersetzt werden. Diese Kranken werden durch ihre Wahrnehmungen zu lebhaften Gedankenverbin-

dungen angeregt, lesen viel, zeigen Interesse und Verständnis für die Vorgänge in ihrer Umgebung, vielleicht geradezu Neugier, obgleich sie fast stumm, in ihrem ganzen Verhalten gebunden und niedergeschlagener, hoffnungsloser Stimmung sind. Wir hören dann von ihnen, sobald sie wieder anfangen, sich über ihre Zustände zu äussern, dass sie ihre Gedanken gar nicht festhalten können, dass ihnen immerfort massenhafte Dinge in den Kopf kämen, an die sie niemals gedacht hätten. Im Hinblicke auf die sonstigen Erfahrungen über Mischung der Krankheitszeichen liegt wohl die Annahme nahe, dass wir es in solchen Fällen mit dem Auftreten einer Ideenflucht zu tun haben, die nur wegen der Hemmung der sprachlichen Bewegungen nach aussen hin nicht erkennbar wird. Bisweilen sind die Kranken, die sich mündlich gar nicht äussern können, imstande zu schreiben, und verfassen dann zu unserem Erstaunen umfangreiche, vielfach abspringende Schriftstücke voll von Versündigungsideen und wahnhaften Befürchtungen. Nicht selten entwickelt sich daraus, wie auch unsere erste Kurve angibt, unter Schwinden der Willenshemmung und Umschlagen der Stimmung die manische Erregung.

8. Wiederholt glaube ich endlich auch Zustände beobachtet zu haben, die der letzten von uns angenommenen Verbindung, der Ideenflucht und heiterer Stimmung bei psychomotorischer Hemmung, entsprechen würden. Die Kranken dieser Art sind übermütiger, bisweilen etwas gereizter Stimmung, ablenkbar, zu Witzen geneigt, geraten beim Anreden leicht in ideenflüchtiges Schwatzen mit zahlreichen Klangassociationen hinein, bleiben aber in ihrem äusseren Verhalten ganz auffallend ruhig, liegen still im Bett, werfen nur hie und da eine Bemerkung dazwischen oder lachen vor sich hin. Es scheint jedoch, als ob in der Regel eine starke innere Spannung bestände, da die Kranken plötzlich sehr gewalttätig werden können. Früher habe ich diese manische Hemmung mit dem manischen Stupor zusammengeworfen, glaube jedoch, dass sie sich auf Grund der hier deutlich hervortretenden Ideenflucht von jenem abtrennen lässt.

Die Lehre von den Mischzuständen ist noch zu unfertig, als dass eine weitergehende Kennzeichnung der einzelnen Formen möglich wäre. Ohne Zweifel gibt es im manisch-depressiven Irre-

sein noch manche Zustandsbilder, die sich in den entworfenen Rahmen nicht einpassen lassen; ich will hier nur darauf hinweisen, dass wir das Auftreten oder Fehlen von Wahnbildungen oder deliranten Zuständen einstweilen ganz ausser acht gelassen haben. Andererseits wird man auch bei den geschilderten Mischformen, wie ich verschiedentlich angedeutet habe, ein Schwanken der Einzelzüge beobachten, welches uns lehrt, dass die Übergänge hier überall flüssige sind, und dass in ganz kurzen Zeiträumen eine Teilstörung vorübergehend oder dauernd durch die entgegengesetzte verdrängt werden kann. Dennoch scheint mir die hier durchgeführte Betrachtung nicht ohne Nutzen zu sein, auch wenn sie schliesslich nur die Anregung zu einer eingehenderen Beachtung der manischen Zustandsbilder gegeben hätte, die uns in dem Formenkreise des manisch-depressiven Irreseins begegnen.

Bei weitem am häufigsten sind die Mischzustände, wie bereits dargelegt, in den Übergangszeiten zwischen den beiden Hauptformen der Krankheit, ja nur aus ihrer Entwicklungsgeschichte, ihren Umwandlungen von und zu den bekannten Krankheitsbildern leiten wir die Berechtigung ab, sie als Mischformen und als Zustandsbilder des manisch-depressiven Irreseins zu deuten. Die so gewonnene Erfahrung, deren Wert von der Deutung übrigens wesentlich unabhängig ist, liefert uns wichtige Anhaltspunkte für die klinische Beurteilung solcher Fälle, in denen die gewöhnlichen Formen der Manie und Depression mehr oder weniger vollständig durch Mischzustände ersetzt werden. Zunächst sehen wir im Verlaufe eines manisch-depressiven Irreseins neben den einfachen Bildern gelegentlich Anfälle zur Entwicklung kommen, die ganz oder doch vorwiegend in der Form von Mischzuständen verlaufen. Dadurch wird natürlich unsere Auffassung von der Wesensgleichheit aller dieser klinischen Gestaltungen bestätigt. Häufiger allerdings scheinen die verschiedenen Anfälle eines Kranken den gleichen Mischzustand darzubieten; wenn einmal ein solcher aufgetreten ist, besteht eine gewisse Wahrscheinlichkeit dafür, dass später ähnliche folgen werden. Die Übereinstimmung der einzelnen, unter Umständen Jahrzehnte auseinanderliegenden Krankheitsbilder ist oft eine ausserordentliche. Ich war bei einem manischen Stupor auf das höchste überrascht, als ich mir die

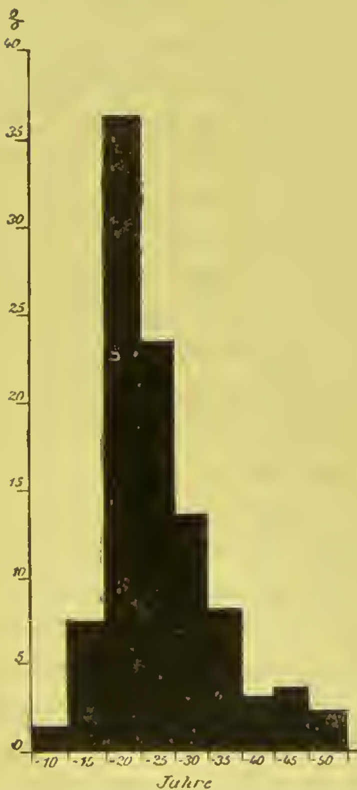
alte Krankengeschichte aus einer anderen Anstalt kommen liess. Obgleich der frühere Anfall 22 Jahre zurücklag, hätte die damalige Schilderung bis in die kleinsten Einzelheiten hinein ebensogut für den späteren gelten können; noch 10 Jahre früher war eine einfache Depression voraufgegangen.

Die genauere Kenntnis der Mischzustände ermöglicht es uns, die klinische Bedeutung auch solcher Krankheitsbilder sofort zu erkennen, die nicht den Hauptformen entsprechen. Wo die Vorgeschichte schulgerechte manische Anfälle oder Depressionszustände aufweist, wird die Zugehörigkeit des abweichenden Bildes zum cirkulären Irresein natürlich unschwer erkennbar sein. Dagegen können diejenigen Fälle, die nur Mischzustände darbieten, sehr erhebliche diagnostische Schwierigkeiten bereiten, zumal beim ersten Anfalle. Ich weiss sehr wohl, dass es auch jetzt noch vielfach unmöglich ist, zu einer sicheren Entscheidung zu gelangen; immerhin gelingt es doch nicht allzu selten, die Zusammensetzung eines eigenartigen, zunächst unverständlichen Krankheitsbildes aus den Grundstörungen des manisch-depressiven Irreseins richtig zu erkennen und damit wichtige Aufschlüsse über den weiteren Verlauf und Ausgang zu gewinnen. —

Das manisch-depressive Irresein in dem hier umgrenzten Sinne ist eine recht häufige Krankheit; etwa 10—15% der Aufnahmen in meiner Klinik gehören demselben an. Die Ursachen desselben haben wir, wie es scheint, wesentlich in krankhafter Veranlagung zu suchen. Erbliche Belastung*) konnte ich in etwa 80% meiner Fälle nachweisen, vielfach gerade auch cirkuläres oder periodisches Irresein bei anderen Familienmitgliedern. Nicht selten findet sich bei den Kranken eine vortreffliche verstandesmässige oder künstlerische Begabung. Bei Anderen wird berichtet, dass sie von Jugend auf ungewöhnliche, aufgeregte Menschen mit häufigem, grundlosem Stimmungswechsel oder im Gegenteil grüblerisch, übertrieben fromm, scheu und still gewesen seien. Hie und da besteht auch geradezu angeborener Schwachsinn. In einer Reihe von Fällen treten namentlich während der Anfälle, aber auch schon vorher, allerlei hysterische Züge hervor, Schreianfälle, Magenkrämpfe, Ohnmachten, grosse Anfälle. Auch körper-

*) Fitschen, Monatsschrift f. Psychiatrie, VII, 127.

liche Entartungszeichen, besonders Schädelverbildungen, Kleinheit desselben, Skoliosen, hydrocephalische Ausbuchtung, finden sich öfters. Das weibliche Geschlecht liefert nahezu zwei Drittel der Kranken. Die Verteilung der ersten Anfälle auf die einzelnen Lebensalter erhellt aus der nebenstehenden Darstellung. Die Krankheit beginnt demnach in mehr als $^2/_3$ der Fälle vor dem 25. Lebensjahre; hie und da reichen ihre ersten Andeutungen schon vor das 10. Lebensjahr zurück. Belastete scheinen verhältnismässig früh zu erkranken. Ganz besonders stark ist das Überwiegen der jugendlicheren Lebensalter beim weiblichen Geschlechte. Hier fallen $^3/_4$ der Fälle vor das 25. Jahr; auch im Rückbildungsalter findet sich bei den Frauen wieder eine etwas stärkere Neigung, in der hier geschilderten Weise zu erkranken. Bisweilen setzt die Krankheit mit dem ersten Auftreten der Menses ein; auch späterhin beobachten wir häufig Verschlimmerungen des Zustandes während der Regel. Umgekehrt deutet das Wiedererscheinen derselben nach längerem Aussetzen während der Depression auf eine bevorstehende Änderung des Krankheitsbildes hin. Nicht ganz selten sieht man einen Anfall im Wochenbette beginnen. Bei einer meiner Kranken erfolgten die drei ersten Anfälle im Anschlusse an Geburten, die späteren dann freilich ohne solchen Anlass; eine andere erkrankte zunächst nach einem von ihr selbst herbeigeführten Abortus und dann wieder in einem Wochenbette, gebar aber dazwischen einmal ohne Störung.



Figur XXV.
Das Lebensalter beim Beginne des manisch-depressiven Irreseins.

Von sonstigen äusseren Anlässen ist die Entwicklung der Krankheit im allgemeinen unabhängig, wenn auch gewöhnlich vom Kranken und seiner Umgebung irgendwelche Zufälle zur Erklärung herbeigezogen werden. Immerhin können allerlei Schä-

digungen, eine heftige Gemütserschütterung, ein körperliches Unwohlsein, eine fieberhafte Krankheit, auf vorbereitetem Boden den letzten Anstoss zum Ausbruche der Störung geben. Eine meiner Kranken wurde manisch nach einem Bauchschnitte. Kopfverletzungen werden öfters als Ursachen der Krankheit angegeben, doch lässt sich der Nachweis des Zusammenhanges wohl kaum jemals in überzeugender Form erbringen. Mehrfach ist der Anschluss der Krankheit an gröbere Hirnerkrankungen, Schlaganfälle beschrieben worden; Krämpfe in der Jugend sollen öfters voraufgegangen sein. Auf der anderen Seite beobachten wir vielfach eine erstaunliche Unabhängigkeit der gesamten Krankheitsanfälle von äusseren Einwirkungen, so dass wir an der inneren Verursachung derselben nicht wohl zweifeln können.

Vielleicht der wichtigste Beweisgrund für diese Auffassung ist aber die Tatsache, dass die manisch-depressiven Geistesstörungen eine sehr ausgesprochene Neigung haben, im Leben mehrfach, ja sogar sehr häufig wiederzukehren; in manchen Fällen können die verschiedenartigen Formen desselben jahrzehntelang ununterbrochen miteinander abwechseln. Diese Eigentümlichkeit der Krankheit hat von jeher die Aufmerksamkeit der Irrenärzte in besonderem Masse auf sich gezogen und ihnen Anlass gegeben, die Hauptmasse der Beobachtungen unter dem Namen des periodischen Irreseins zusammenzufassen. Da man die selbständige Periodizität als ein wesentliches Kennzeichen der Krankheit betrachtete, schloss man aus dem Bilde alle diejenigen Formen aus, welche jene Eigenschaft anscheinend oder wirklich nicht darboten. Zunächst ins Auge fielen unter diesem Gesichtspunkte diejenigen Beobachtungen, in denen die einzelnen Anfälle, seien sie manischer oder depressiver Gestaltung, mit grösster Regelmässigkeit wiederkehrten. So unterschied man eine periodische Manie, eine periodische Melancholie und das cirkuläre Irresein mit regelmässigem Wechsel zwischen „Manie“ und „Melancholie“. Diese Umgrenzung ist noch heute in Deutschland die verbreitetste. Schwierigkeiten entstehen dabei einmal für die Mischformen und für die Fälle mit ausgeprägten Wahnbildungen, die auch wohl als „periodische Paranoia“ bezeichnet werden, andererseits für jene Fälle, in denen die einzelnen, bald manischen, bald depressiven Anfälle ganz unregelmässig aufeinander folgen. Meist wird hier

die Zugehörigkeit zum „periodischen“ oder „cirkulären“ Irresein verneint oder doch stark bezweifelt. Vielmehr handelt es sich dabei nach der landläufigen Anschauung um „Recidive“ oder um einzelne, voneinander unabhängige Erkrankungen an „Manie“ und „Melancholie“. Vor allem gilt das letztere natürlich für die Fälle mit sehr wenigen oder gar nur einem einzigen Anfalle im Leben. Allerdings hat die Erfahrung überall gezeigt, dass die Zahl solcher Fälle bei genauerer Untersuchung merkwürdig stark einschrumpft und die einfache Manie eine immer seltenere Krankheit wird*); immerhin aber gibt es ohne Zweifel vereinzelte Beobachtungen, in denen nur ein einziger Anfall manischer Erkrankung im ganzen Leben nachgewiesen werden kann.

Wer meinen bisherigen Darlegungen gefolgt ist, wird leicht erkennen, dass diese Tatsache, um deren Festlegung sich eine Reihe von Forschern bemüht haben, in keiner Weise geeignet ist, die hier vertretene Anschauung von der Einheitlichkeit des manisch-depressiven Irreseins zu erschüttern. Auf dem Wege einer mehr oder weniger angreifbaren Statistik kann diese Frage überhaupt nicht entschieden werden. Vielmehr kommt es offenbar darauf an, festzustellen, ob die Wiederkehr der Anfälle bei dieser Krankheit ein wesentliches oder ein mehr nebensächliches Krankheitszeichen darstellt. Im ersteren Falle werden wir die „periodischen“ Formen den „einfachen“ als besondere Krankheitsgruppe gegenüberzustellen haben, im letzteren nicht.

Zu dieser Frage ist zunächst zu bemerken, dass die mehr oder weniger regelmässige Wiederkehr gewisser Störungen eine allgemeine Eigenschaft aller derjenigen Formen des Irreseins ist, die aus einem gleichmässigen psychischen Schwächezustande hervorwachsen oder zu einem solchen führen. Alle aus krankhafter Veranlagung entstehenden Geistesstörungen, das Entartungsirresein im engeren Sinne, die Epilepsie, die Hysterie, andererseits wieder die Endzustände der Dementia praecox zeigen die Neigung, von Zeit zu Zeit sich in heftigeren Krankheitserscheinungen zu entladen, in „Krisen“, Anfällen, Aufregungen u. s. f. Bisweilen spielen dabei auslösende Anstösse eine gewisse Rolle, bisweilen

*) von Erp Taalman Kip, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LIV, 119; Hinrichsen, ebenda, 86; Mayser, Archiv f. Psychiatrie XXXI, 500.

auch nicht, ganz wie bei den sogenannten periodischen Geistesstörungen. In manchen Fällen ist die Wiederkehr eine annähernd regelmässige, so namentlich hie und da in der Epilepsie; meist aber wird die Periodizität durch allerlei unberechenbare Einflüsse derart gestört, dass nur ganz im allgemeinen die häufigere Wiederholung derselben Zufälle ins Auge fällt. Überall aber, auch in der sonst am meisten zu gesetzmässiger Periodizität neigenden Epilepsie, kann man einzelne Beobachtungen sammeln, in denen die eigenartigen Störungen nicht häufig, sondern nur wenige Male oder gar nur ein einziges Mal im Leben zur Entwicklung kommen. Wie wir wohl annehmen dürfen, scheint in derartigen Fällen die krankhafte Grundlage so wenig ausgeprägt zu sein, dass sich der schlummernde Krankheitskeim nur unter besonders ungünstigen Umständen wirklich einmal zur geistigen Störung ausbildet. Trotzdem sprechen wir auch in solchen Ausnahmefällen von epileptischen, hysterischen Zuständen, von Zwangsirresein u. dergl., ohne die häufigere Wiederkehr der Erscheinungen als durchaus massgebend für die Diagnose zu betrachten.

Mit vollem Recht. Entscheidend ist uns das klinische Krankheitsbild selbst, dessen sämtliche Einzelheiten sich widerspruchslos in den Rahmen der bekannten Formen einordnen lassen müssen. Wie mir scheint, ist nicht abzusehen, warum wir bei den sogenannten periodischen Geistesstörungen ein anderes Verfahren einschlagen sollten. Zunächst ist von einer wirklich streng periodischen Wiederkehr der Anfälle nur in einer verschwindend kleinen Zahl von Beobachtungen die Rede. Von diesen aber führt eine unabsehbare Schar allmählicher Übergänge zu den Formen mit ganz unregelmässigem Verlaufe hinüber, ja wir sehen — und darauf möchte ich besonderes Gewicht legen — überaus häufig, dass auch bei sonst ausgeprägter Periodizität die Anfälle im Beginne des Leidens oder selbst nach längerer Dauer sehr unregelmässig einsetzen oder eine Reihe von Jahren plötzlich ausbleiben. Mit anderen Worten, die Fälle mit grosser Regelmässigkeit unterscheiden sich nur nach dem Grade, nicht nach dem Wesen der Störung von den übrigen.

Ganz ähnliche Erwägungen aber gelten für die Zahl der Anfälle bei dem einzelnen Kranken. Wir kennen Beobachtungen, in denen viele Dutzende von Anfällen in unabsehbarer Reihe zu

verzeichnen sind. Sodann gibt es Kranke mit 6, 8, 10 Anfällen im Leben, die in grösseren Pausen aufeinander folgen. Wird hier die Zugehörigkeit zum periodischen Irresein zugestanden, so wird man sie auch nicht ablehnen können, wenn etwa alle 15—20 Jahre von der Entwicklungszeit an ein Anfall eintritt, also im ganzen 3—4 während des Lebens. Wer aber will behaupten, dass hier die Grenze des „periodischen" Irreseins endgültig erreicht wäre? Es gibt Fälle, in denen zwischen den Anfällen 17, 23, ja, wie es mir vorgekommen ist, sogar 32 Jahre liegen; natürlich schrumpft hier die Zahl der Erkrankungen auf höchstens 2—3 zusammen. Erkrankt jemand mit so langen Zwischenzeiten erst in höherem Lebensalter oder dehnt sich die Pause noch länger aus, so kann es leicht geschehen, dass er einen späteren Anfall überhaupt nicht mehr erlebt, ganz abgesehen von der Möglichkeit, dass er gar schon in verhältnismässig frühen Jahren stirbt.

Wie man sieht, könnte man die vereinzelten Ausnahmefälle mit nur einmaliger Erkrankung auch unter der Voraussetzung recht wohl erklären, dass wir es bei unserer Krankheitsform überall wirklich mit einer strengen Periodizität zu tun hätten. Da aber davon schlechterdings gar keine Rede sein kann, und wir vielmehr nur von einer allgemeinen Neigung zu häufigerer Wiederkehr sprechen dürfen, so bedürfen wir derartiger Künsteleien gar nicht. Worauf es uns vielmehr einzig und allein ankommt, das ist die grundsätzliche und vollkommene Übereinstimmung des allgemeinen klinischen Krankheitsbildes. Bis auf den heutigen Tag hat man sich immer wieder abgemüht, die einfache und die periodische Manie aus den Krankheitszeichen selbst voneinander abzugrenzen, aber stets vergebens, weil diese Grenze eine künstliche ist, von der die Natur nichts weiss. So sicher wir bei gehöriger klinischer Erfahrung meist die Zugehörigkeit eines gegebenen Krankheitsfalles zu dem vielgestaltigen Formenkreise des manisch-depressiven Irreseins zu erkennen vermögen, so unmöglich ist es, irgend ein Kennzeichen anzugeben, welches uns gestatten soll, den „einfachen" von dem „periodischen" manischen Anfalle zu unterscheiden. Dass uns hier die Tatsache der Wiederkehr allein nicht helfen kann, liegt auf der Hand; wir müssten ja sonst unter Umständen 30 und mehr Jahre warten,

bis wir unserer Diagnose gewiss wären. Oder will man den Punkt ganz willkürlich bestimmen, jenseits dessen ein sich wiederholender Anfall nicht mehr der Ausdruck einer periodischen, sondern eine Neuerkrankung an einfacher Manie ist? Wären beide Krankheiten nicht wirklich wesensgleich, so müssten sich wenigstens nachträglich bei den Fällen mit nur einer Erkrankung irgendwelche Eigentümlichkeiten auffinden lassen, die wir bei den übrigen nicht finden. Bis das geschehen ist, halte ich die Ansicht für berechtigt, dass wir es hier mit einer einheitlichen Krankheit zu tun haben, die zwar in der Regel, aber nicht ausnahmslos mehrfach, bisweilen sogar sehr oft im Leben wiederkehrt.

Die einzelnen Anfälle des manisch-depressiven Irreseins sind, wie schon aus der klinischen Schilderung hervorgeht, untereinander nicht gleich, sondern können sich recht verschieden gestalten. Vor allem können wir diejenigen Beobachtungen auseinanderhalten, deren sämtliche Anfälle wenigstens die gleiche Stimmungsfärbung aufweisen, die sogenannte periodische Manie bezw. Melancholie, und diejenigen mit einem Wechsel von manischen und depressiven Anfällen, das cirkuläre Irresein. Auch ich habe früher diese drei Formenkreise unterschieden, freilich mehr der Überlieferung, als der eigenen Überzeugung folgend. Im Laufe der Zeit bin ich zu der Ansicht gelangt, dass alle diese Gruppenbildungen nur eine sehr untergeordnete Bedeutung haben. Zwischen periodischer Manie und cirkulärem Irresein ist eine scharfe Grenze schlechterdings nicht zu ziehen. Bei der ungeheuren Mehrzahl der Manien beobachtet man, sobald man einmal darauf aufmerksam geworden ist, einleitende oder abschliessende Depressionszustände, die freilich oft nur einige Tage andauern und wenig ausgeprägt sind. Auch in den Verlauf der Erregung schieben sich ungemein häufig Stunden oder Tage von ganz entgegengesetzter Färbung ein, und endlich entdeckt man oft genug, dass leichtere Verstimmungen in den Zwischenzeiten zwischen den manischen Anfällen vorhanden gewesen sind. Umgekehrt folgt den hierher gehörigen Depressionszuständen vielfach eine auffallende „reaktive“ Heiterkeit, die von Ärzten und Kranken gewöhnlich als Ausdruck der Freude über die Genesung angesehen wird, wie die reaktive „Melancholie“ nach Manie als Erschöpfung oder als

Trauer wegen der überstandenen Geisteskrankheit. Während der Depression beobachten wir plötzliche Erregungszustände, vorübergehende Lustigkeit, oder wir erfahren, dass die Kranken sich vorher oder nachher auffallend geputzt, gegen ihre Gewohnheit Vergnügungen besucht haben, reizbar und aufgeregt gewesen seien. Von ganz besonderer Bedeutung aber sind die Mischzustände, die uns auf das eindringlichste lehren, dass manische und depressive Bilder in allernächstem Grade miteinander verwandt sind. Sehen wir doch auch ungezählte Male die anscheinend so verschiedenartigen Zustände ganz unvermittelt ineinander übergehen! Wie mir scheint, ist demnach der Schluss unabweisbar, dass alle die geschilderten Gestaltungen des Krankheitsbildes nichts anderes sind, als Erscheinungsformen eines und desselben grundlegenden Krankheitsvorganges, Äquivalente, wie es die mannigfachen Abarten des epileptischen Anfalles sind.

Eine wichtige Bestätigung erhält dieser Satz durch die Erfahrung, dass tatsächlich in einem und demselben Krankheitsfalle verschiedenartige Zustandsbilder füreinander eintreten können. Man beobachtet zwar im allgemeinen, dass die einzelnen Anfälle bei einem Kranken eine gewisse Ähnlichkeit miteinander darbieten, die sich hie und da zur „photographischen“ Gleichheit steigern kann. Allein andererseits hat man nicht selten Gelegenheit, in demselben Krankheitsverlaufe eine ganze Anzahl der hier geschilderten Zustände nacheinander auftreten zu sehen, von der leichten Depression und dem Stupor durch die mannigfachsten Mischzustände hindurch zur Hypomanie und zur schweren Tobsucht. Irgend eine Gesetzmässigkeit dabei aufzufinden, ist mir bisher nicht gelungen. Namentlich ist auch ein ganz regelmässiger Wechsel zwischen manischen und depressiven Krankheitsabschnitten verhältnismässig selten. Weit häufiger ist die unregelmässige Aufeinanderfolge oder ein starkes Überwiegen der Anfälle einer Färbung. In eine ganze Reihe von manischen Anfällen schiebt sich unvermutet einmal ein depressiver oder ein Mischzustand und umgekehrt. Die klinischen Zeichen der manischen Anfälle selbst sind auf ein Haar dieselben, gleichviel, ob sie mit depressiven gemischt auftreten oder nicht. Auf Grund aller dieser Erwägungen und Erfahrungen sehe ich keine Möglichkeit, die periodische Manie

im allgemeinen wie im einzelnen Falle vom cirkulären Irresein abzutrennen.

Weniger einfach liegt die Frage vielleicht hinsichtlich der periodischen „Melancholie". Da es ohne Zweifel Beobachtungen mit nur manischen Anfällen gibt, so lässt sich die Wahrscheinlichkeit nicht von der Hand weisen, dass auch hierher gehörige Erkrankungen vorkommen, deren sämtliche Anfälle depressive Bilder aufweisen. Es gibt nun in der Tat eine nicht ganz kleine Gruppe von Fällen, in denen wir die mehrfache, unter Umständen auch geradezu periodische Wiederkehr von Depressionszuständen beobachten. Die Schwierigkeit besteht aber darin, dass die Depressionszustände weit weniger kennzeichnend für das manisch-depressive Irresein sind, als die manischen Zustände. Während wir diese letzteren ohne weiteres als solche erkennen und die Abgrenzung von katatonischen oder paralytischen Erregungen, wie sie hauptsächlich in Frage kommt, meist rasch durchführen können, lässt sich die Zugehörigkeit eines Depressionszustandes zum manisch-depressiven Irresein ungleich schwerer feststellen. Namentlich die Unterscheidung von der Melancholie, deren Sonderstellung ich aus früher eingehend erörterten Gründen nicht aufgeben kann, ist vorläufig im einzelnen Falle oft unbefriedigend.

Ein Teil der „periodischen Depressionen", wenn ich so einmal die mehrfach im Leben wiederkehrenden traurigen Verstimmungen bezeichnen darf, trägt genau die Züge der entsprechenden cirkulären Zustandsbilder, ist namentlich von Denk- und Willenshemmung wie von dem Gefühl gemütlicher Verödung begleitet. Hie und da erleben wir denn auch, dass nach mehreren depressiven Anfällen plötzlich einmal ein manischer einsetzt. Andererseits begegnen uns auch Formen von abweichendem Gepräge, lange andauerndes, eintöniges, ängstliches Jammern, leichteste Verstimmung mit stark psychogener Färbung, lebhafte Erregungszustände mit abenteuerlichen hypochondrischen Vorstellungen und Verfolgungsideen. Unsere Kenntnis der einzelnen Gestaltungen cirkulärer Depressionszustände ist indessen noch nicht genügend, um im einzelnen Falle zuverlässig entscheiden zu können, ob das klinische Bild sich dem Rahmen derselben einfügen lässt oder nicht. Mir ist es indessen allmählich immer wahrscheinlicher geworden, dass wohl das ganze Gebiet der periodischen Depressions-

zustände dem manisch-depressiven Irresein zum mindesten nahe verwandt ist, wenn es nicht ohne weiteres dazu gehört. Wo die Krankheit in jugendlichen Jahren einsetzt und sich dann mit annähernd regelmässigen Zwischenzeiten immer in gleicher Weise wiederholt, ist es schwer, dieser Auffassung auszuweichen. Dagegen werden sich Zweifel aufdrängen bei den nicht seltenen Kranken, deren erster Anfall in die Rückbildungsjahre fällt, um sich dann nur noch ein oder zwei Male zu wiederholen. Dass es sich auch in solchen Fällen um manisch-depressive Formen handeln kann, wird durch die Erfahrungen über das Auftreten einzelner zweifellos cirkulärer Anfälle unter den gleichen Bedingungen dargetan. Ich neige daher zu der Ansicht, dass auch die im höheren Alter sich wiederholenden Depressionszustände Erscheinungsformen des manisch-depressiven Irreseins darstellen. Allerdings wird es bei dem ersten derartigen Anfalle oft schwer werden, die Abgrenzung von der Melancholie durchzuführen. Mir scheint, dass unsere Kenntnis aller dieser Zustände vorderhand nicht genügend ist, um die volle Klarlegung der klinischen Beziehungen zwischen Melancholie, periodischer und cirkulärer Depression zu gestatten.

Über das Wesen des manisch-depressiven Irreseins sind wir noch gänzlich im unklaren. Sowohl die häufige Wiederkehr der Anfälle wie der eigentümliche Wechsel zwischen Erregung und Hemmung sind durchaus rätselhafte Tatsachen. Wir können vorerst nur darauf verweisen, dass in unserem Nervensysteme die Neigung zu periodischem Ablaufe der Hemmungs- und Erregungsvorgänge auf den verschiedensten Gebieten wiederkehrt. Meynert hat die Erklärung für den Wechsel gegensätzlicher Zustände in periodischen Störungen der vasomotorischen Innervation gesucht. Infolge von gesteigerter Reizbarkeit des Gefässcentrums soll sich ein verstärkter Spannungszustand im gesamten Arteriengebiete mit gleichzeitiger Hirnanämie als Ursache der depressiven Verstimmung entwickeln. Gerade die so entstandene mangelhafte Ernährung des vasomotorischen Centrums soll dann weiterhin eine Lähmung desselben, Erweiterung der Gefässe und Hyperämie des Gehirns herbeiführen, als deren Ausdruck die Entwicklung der manischen Erregung betrachtet wird. Zweifellos ist es, dass Veränderungen im Verhalten der Pulsbilder den bei-

den Abschnitten des Anfalles entsprechen; im übrigen jedoch rechnet die vorgetragene Anschauung mit völlig unbekannten Grössen. Zudem versagt sie durchaus vor der Tatsache der Mischzustände.

Die sehr beträchtlichen Schwankungen des Körpergewichtes könnten auch hier an allgemeinere Umwälzungen im Bereiche der Stoffwechselvorgänge denken lassen, doch reichen unsere Kenntnisse durchaus nicht zur Aufstellung brauchbarer Gesichtspunkte aus. Erwähnen will ich, dass mir einige Male von den Kranken über epileptiforme Anfälle berichtet wurde. Das würde etwa auf eine chemische Theorie hinweisen können, um so mehr, als man jetzt auch bei der ebenfalls periodischen Epilepsie sich der Annahme einer Selbstvergiftung zu nähern scheint. Lange*) hat eigentümliche periodische Depressionszustände mit psychischer Hemmung beschrieben, für die er eine gichtische Entstehungsweise annimmt. Nach seiner Schilderung kann ich, wie Hecker, nicht zweifeln, dass er leichte Formen des manisch-depressiven Irreseins im Auge gehabt hat, deren manische Abschnitte ihm entgangen sind. Dass wirklich die Gicht eine wesentliche Ursache bilden sollte, ist jedoch bis jetzt weder erwiesen noch auch wahrscheinlich; immerhin dürfte von Stoffwechseluntersuchungen vielleicht einmal Aufklärung in dieser Frage zu erwarten sein. Stegmann fand bei der „periodischen Neurasthenie", die wohl zweifellos dem manisch-depressiven Irresein angehört, Verminderung der Harnsäureausscheidung in den Zeiten der Verstimmung.

Den Beginn der ganzen Krankheit bildet am häufigsten, in etwas über 60% der Fälle, ein Depressionszustand, namentlich beim weiblichen Geschlechte und bei den in jugendlichem Alter einsetzenden Formen. Die Färbung des ersten Anfalls ist bald eine einfach traurige oder ängstliche, bald diejenige eines stärkeren oder schwächeren Stupors. Auf diesen ersten Anfall, der in der Regel milde verläuft, folgt etwa in der Hälfte der Fälle eine freie Zwischenzeit; ebenso häufig jedoch schliesst sich an

*) Lange, Periodische Depressionszustände und ihre Pathogenesis auf dem Boden der harnsauren Diathese, deutsch von Kurella. 1896.

die Depression sogleich eine manische Erregung, die meist in vorläufige Genesung überführt. Nur in einer kleinen Zahl von Fällen beginnt nun sofort die Depression von neuem, um wieder einer Erregung Platz zu machen u. s. f. Wo die Krankheit mit einem manischen Anfalle beginnt, scheint in der Regel zunächst eine Remission einzutreten; weit seltener knüpft sich schon jetzt eine Verstimmung oder ein Stupor an. Auch der nächste oder sogar mehrere der folgenden Anfälle sind oft noch manisch, so dass es längere Zeit den Anschein haben kann, es handle sich um eine periodische Manie, bis unvermutet ein depressiver Anfall sich einschiebt. Ebenso können sich mehrere depressive Anfälle mit freien Zwischenzeiten wiederholen, bevor einmal die manische Erregung sich zeigt. Bei den Fällen, welche nicht schon im ersten Anfalle beide Bilder vereinigt darbieten, ist zunächst die gleichartige Fortsetzung der Anfälle sogar das häufigere Verhalten. Auch im weiteren Verlaufe der Krankheit ist ein regelmässiger Wechsel zwischen manischen und depressiven Zuständen eher die Ausnahme. Vielmehr sind die Fälle gar nicht selten, bei denen die überwiegende Mehrzahl der Anfälle eine gleichartige Färbung aufweist, während einige wenige oder auch wohl nur ein einziger dem anderen Formenkreise angehört. Vielfach entwickelt sich ein regelmässigerer Wechsel nach längerer Krankheitsdauer, wenn in der ersten Zeit die eine Art von Anfällen überwog oder allein vorhanden war. Auch die Mischformen, insbesondere der manische Stupor, kommen, wie es scheint, gewöhnlich erst nach wiederholten Anfällen zur Ausbildung.

Die Dauer der einzelnen Anfälle ist eine ungemein verschiedene. Es gibt solche, die nur 8—14 Tage währen, ja wir sehen bisweilen, dass zweifellos krankhafte Verstimmungen oder Erregungen bei diesen Kranken nur einen oder zwei Tage anhalten können. Meist pflegt jedoch ein einfacher Anfall 6—8 Monate zu dauern. Andererseits sind die Fälle gar nicht selten, bei denen sich ein Anfall 2, ja 3 und 4 Jahre hindurch, ein Doppelanfall die doppelte Zeit fortsetzt; ich habe sogar eine Manie gesehen, die noch nach 7, und eine andere, die nach mehr als 10 Jahren in Genesung überging. Sonst verlaufen im allgemeinen die depressiven Anfälle etwas schleppender, doch pflegen

die ersten Anfälle verhältnismässig selten die Dauer von einigen Monaten zu überschreiten.

Fast immer liegen zwischen je zwei einfachen oder Doppelanfällen freie Zwischenzeiten. Die Dauer derselben ist ebenfalls ausserordentlichen Verschiedenheiten unterworfen und steht, soviel ich sehen kann, in keinem bestimmten Verhältnisse zu derjenigen der Anfälle selbst. Leichte Anfälle können sich rasch wiederholen, schwere durch längere Zwischenzeiten getrennt sein und umgekehrt. Im Beginne der Krankheit betragen die Pausen meist einige Jahre, können sich aber bis zu 10 Jahren und darüber, ja so weit ausdehnen, dass überhaupt nur noch ein oder zwei Anfälle im späteren Leben folgen. Bisweilen ist die Dauer der Zwischenzeiten so regelmässig, dass sich die Kranken zur gewohnten Zeit pünktlich wieder in der Anstalt einstellen; meist aber zeigt die Krankheit die Neigung, späterhin in rascherem Zeitmasse zu verlaufen und die Zwischenzeiten abzukürzen, selbst bis zum vollständigen Fortfallen derselben. Dabei pflegt die Dauer der Anfälle allmählich zu wachsen. So sah ich bei einer Kranken im Laufe von 13 Anfällen die Dauer dieser letzteren von 3—4 auf 6—7 Monate wachsen, während die Zwischenzeiten von 1 Jahre auf 6—7 Monate abnahmen. Übrigens kann auch trotz langen Bestandes der Krankheit ein Anfall einmal unerwartet rasch verlaufen, besonders bei den Formen mit langen Zwischenzeiten.

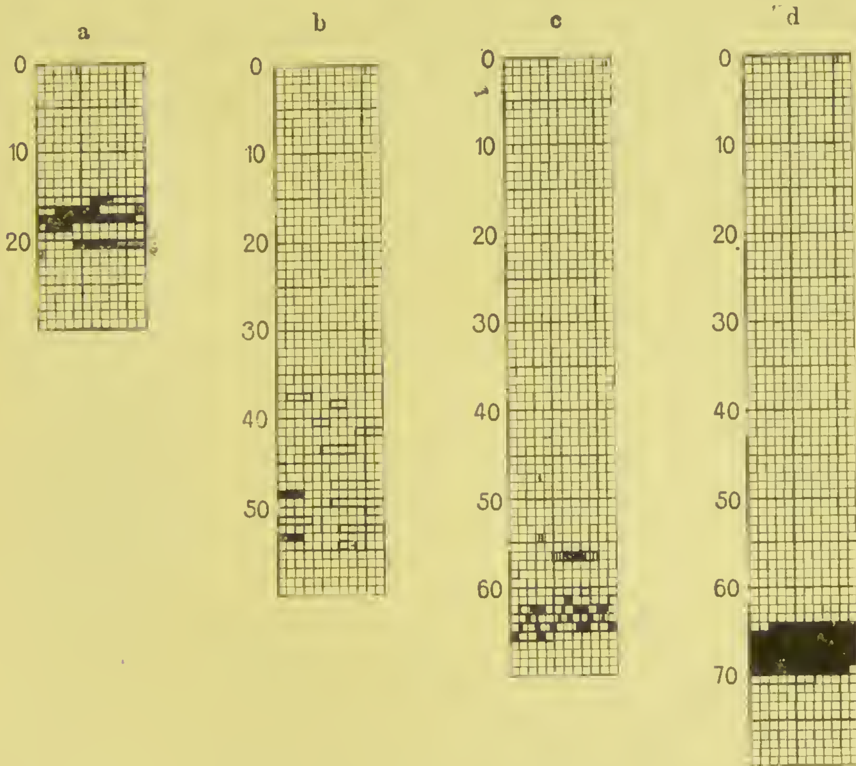
In den Rückbildungsjahren nehmen die Zwischenzeiten gern ab, bisweilen um sich später wieder zu verlängern. In einzelnen Fällen sieht man nach den ersten Anfällen im Entwicklungsalter eine Pause bis zum Ende der 40er Jahre eintreten, wo die Krankheit wiederkehrt, nun vielleicht ohne weitere Unterbrechung.

Zuweilen beginnt das Leiden mit einer abgeschlossenen Reihe sehr kurzer und sehr rasch aufeinander folgender Anfälle von manischer oder manisch-stuporöser Färbung, denen dann eine längere, mehrjährige Pause folgt. Besonders ist das der Fall bei einer kleinen Gruppe von jugendlichen, wie es scheint, vorzugsweise weiblichen Kranken. Die einzelnen Erregungen dauern dabei oft nur wenige Tage, können aber sehr heftig sein und mit starker Verworrenheit einhergehen. Nur eine kleine Minderzahl,

wohl kaum mehr als 4—5%, bilden die Fälle, in denen vom ersten Anfalle an die Krankheit in regelmässigem Wechsel der Färbung das ganze Leben gleichmässig und vollständig ausfüllt. Mehrfach sah ich dabei die Verstimmung im Herbste einsetzen, um im Frühling, „wenn der Saft in die Bäume schiesst", in Erregung überzugehen, in gewissem Sinne den Stimmungswandlungen entsprechend, welche auch den gesunden Menschen im Wechsel der Jahreszeiten überkommen. In der Regel dürfte es sich dabei um sehr leicht verlaufende Formen, Hypomanie und einfache Hemmung, handeln. Auch nach längerem, ununterbrochenem Verlaufe kann sich übrigens doch immer gelegentlich noch eine längere Remission einstellen.

Die verschiedenen Verlaufsarten des manisch-depressiven Irreseins, wie sie durch das wechselnde Verhalten in Dauer und Färbung der einzelnen Anfälle, sodann in der Länge der Zwischenzeiten bedingt werden, sind, namentlich von Falret und Baillarger, die uns zuerst mit dieser Krankheit genauer bekannt gemacht haben, in eine Reihe von klinischen Abarten zerlegt worden, die Manie und Mélancolie intermittente, Type régulier und irrégulier, Folie alterne, Folie à double forme, Folie circulaire continue. Ich glaube mich überzeugt zu haben, dass derartige Bestrebungen zur Gruppierung an der Regellosigkeit der Krankheit notwendig scheitern müssen. Die Art und Länge der Anfälle und Zwischenzeiten bleibt im einzelnen Falle durchaus nicht die gleiche, sondern kann vielfach wechseln, so dass derselbe immer neuen Formen zugerechnet werden müsste. Bis jetzt sind auch alle meine Bemühungen vergebens geblieben, aus den Eigentümlichkeiten eines Anfalles einigermassen zuverlässige Schlüsse für die weitere Gestaltung des Krankheitsbildes zu gewinnen; vielleicht aber gelingt es bei sehr ausgedehntem Beobachtungsstoffe doch einmal, gewisse prognostische Regeln abzuleiten, wenn auch die unberechenbaren Einflüsse der persönlichen Veranlagung und Lebensführung stets bedeutende Fehlerquellen darstellen werden. Immerhin kann man etwa sagen, dass sich Hypomanie am häufigsten mit einfacher Hemmung verbindet, während auf schwere Tobsucht leicht tiefer Stupor folgt. Sinnestäuschungen und Wahnbildungen scheinen, wo sie überhaupt auftreten, gern beide Abschnitte der Krankheit zu begleiten.

Zur genaueren Erläuterung der verschiedenen Verlaufsarten des manisch-depressiven Irreseins habe ich in Figur XXVI, 1—3 eine Anzahl von Fällen übersichtlich dargestellt. Die 12teiligen Querlinien bedeuten die einzelnen Monate; die Jahre reihen sich untereinander. Der Geburtstag ist durch einen kleinen Strich



Figur XXVI. 1. Verlaufsarten des manisch-depressiven Irreseins.

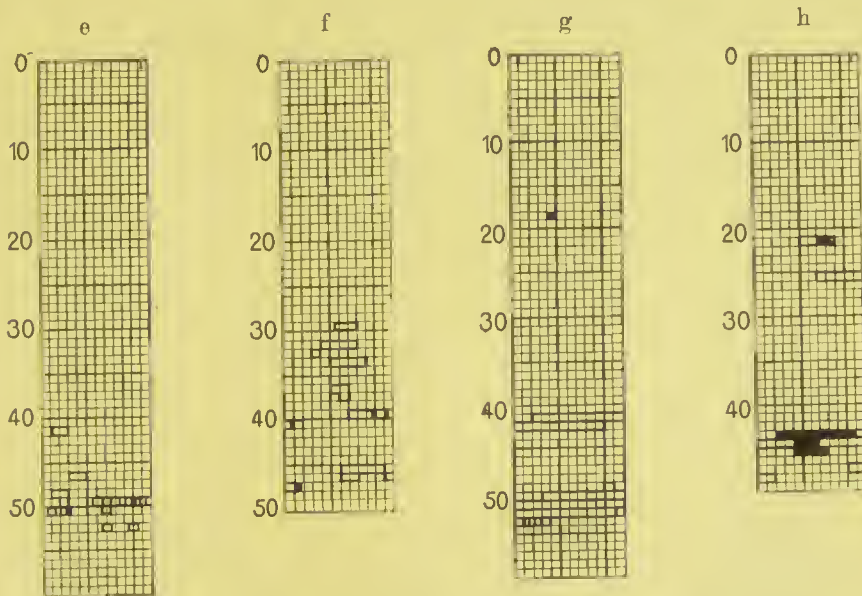
bezeichnet; die manischen Zeiten wurden einfach umrahmt, die depressiven schwarz, die Mischzustände, wo sie deutlich umgrenzt waren, durch Strichelung angedeutet. Man übersieht so mit einem Blicke die Krankheitsanfälle des ganzen Lebens. Allerdings waren die meisten Fälle noch nicht abgeschlossen; auch kann ich für die unbedingte Zuverlässigkeit aller Einzelheiten nicht einstehen, da es oft sehr schwer ist, über die Art und über die Zeitlage weit zurückliegender Anfälle Genaues zu erfahren. Dennoch dürften

die Darstellungen genügen, um die wesentlichen Eigentümlichkeiten der einzelnen Fälle klarzulegen.

Zunächst zeigen uns die Fälle a—d die Verschiedenheit des Lebensalters, in dem die Krankheit einsetzen kann. Bei a fiel der erste, depressive Anfall in das 16. Lebensjahr; an ihn schlossen sich sogleich eine Reihe weiterer Anfälle mit wechselnder Färbung an, bis dann eine längere Pause eintrat. Auf die nun sich entwickelnde neue Depression folgten ausgeprägte Mischzustände von der Art der reizbaren Manie und der manischen Hemmung. Auch sonst sind übrigens Mischzustände der verschiedensten Zusammenstellung sehr vielfach vorgekommen, meist allerdings nur vorübergehend, so dass sie nicht besonders eingezeichnet werden konnten. Im Falle b beginnt die Krankheit mit 37 Jahren in der Form der Manie, die sie auch weiterhin wesentlich beibehält; nur zweimal schieben sich depressive Anfälle dazwischen. Von einer genauen Regelmässigkeit in der Wiederkehr der Anfälle ist nicht die Rede; sie kommen bald alle Jahre, bald mit längeren, bis zu fast 4 Jahren dauernden Pausen. Der Fall c setzt mit 47 Jahren in der Form eines wenige Tage dauernden deliriösen Mischzustandes mit ängstlicher Erregung und Sinnestäuschungen ein; ein zweiter, ganz ähnlicher Anfall folgt 8 Jahre später, ein dritter, dem eine gewöhnliche cirkuläre Depression folgt, wiederum 2 Jahre später. Erst mit 61 Jahren zeigt sich die erste reine Manie, aus der sich nunmehr unter allmählichem Schwinden der freien Zwischenzeiten ein annähernd regelmässig verlaufendes cirkuläres Irresein herausentwickelt, das heute noch fortbesteht. Endlich sehen wir im Falle d mit 64 Jahren einen einfachen Depressionszustand sich einstellen, der sehr einer Melancholie ähnelt, aber nach fast 6jähriger Dauer ohne Verblödung einer flotten, unzweifelhaften manischen Erregung Platz gemacht hat.

Schon diese, ohne besondere Auswahl aus einer grösseren Zahl von Beobachtungen herausgegriffenen Beispiele haben uns gezeigt, dass Art, Dauer und Folge der Krankheitsanfälle die allergrössten Verschiedenheiten darbieten, ohne dass es wegen der unzähligen Übergänge möglich wäre, in dieser Mannigfaltigkeit irgendwo Grenzen zu ziehen. Die folgenden Darstellungen mögen diesem Satze zu weiterer Bekräftigung dienen. Wir sehen hier

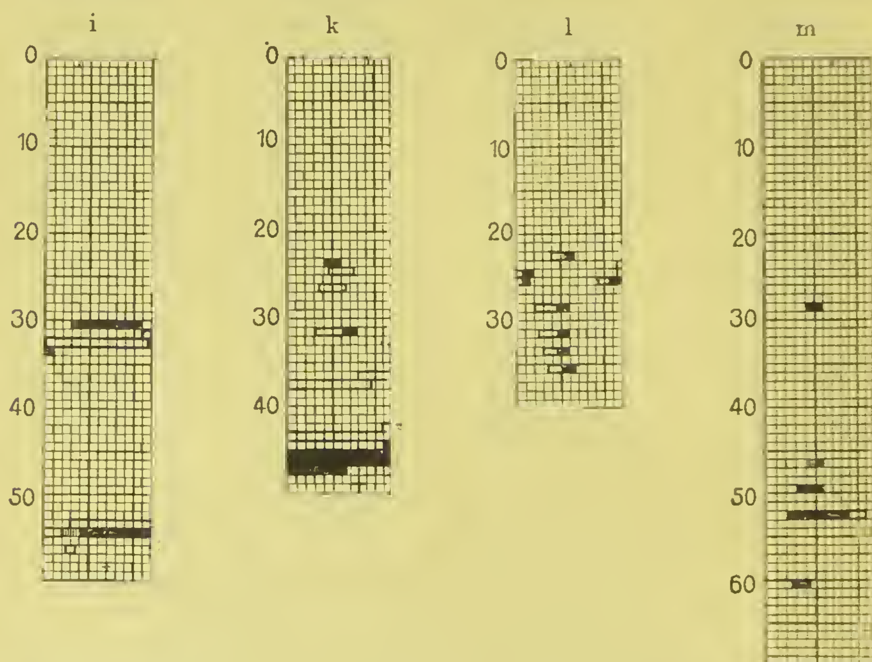
unter e zunächst einen Fall von fast reiner, sog. periodischer Manie mit ganz kurzen Anfällen. Abgesehen von einzelnen depressiven Stunden war nur ein einziges Mal ein Abschnitt der Krankheit mit trauriger Verstimmung beobachtet worden; es ist natürlich möglich, dass solche Zeiten ausserhalb der Klinik unbemerkt geblieben sind. Auch hier kommen die Anfälle nicht



Figur XXVI. 2. Verlaufsarten des manisch-depressiven Irreseins.

regelmässig; vielmehr häufen sie sich in zwei aufeinander folgenden Jahren, während sie vorher und auch nachher wieder seltener werden. Auch im Falle f sind depressive Zeiten nur andeutungsweise vorhanden. Die fast immer rein manischen Anfälle sind von ungemein verschiedener Dauer und folgen ganz regellos aufeinander; die Zwischenzeiten schwanken von 1—5 Jahren. Eine fortschreitende Verkürzung der Pausen, wie sie öfters eintritt und z. B. bei c sehr deutlich ist, findet hier nicht statt. Fall g trägt ebenfalls vorzugsweise manische Färbung mit sehr kurzen depressiven Einschiebseln; hier wurden auch rasch vorübergehende Mischzustände beobachtet. Die manischen Anfälle sind sehr lang; der letzte dauert etwa 3 Jahre; daneben steht aber

auch ein ganz kurzer. Von besonderem Interesse ist hier der kurze depressive Anfall im 18. Jahre, über den die Nachrichten allerdings nicht unbedingt sicher sind, da keine Anstaltsbehandlung stattgefunden hat. Die Beobachtung würde jedoch sonstigen Erfahrungen durchaus entsprechen, nach denen sich zwischen den ersten Anfall in der Jugend und die späteren im Rückbildungsalter öfters eine längere freie Zwischenzeit einschiebt.



Figur XXVI. 3. Verlaufsarten des manisch-depressiven Irreseins.

Wir sehen Ähnliches in den beiden Fällen h und i, von denen der letztere, wie g, eine Frau, der erstere einen Mann betrifft. Allerdings liegt hier der erste Anfall, namentlich bei i, wesentlich später, als bei g; auch folgt ihm sehr bald noch ein zweiter. Sodann aber beobachten wir in beiden Fällen eine 17- bezw. 20jährige Pause, bevor ein neuer Anfall einsetzt. Die Färbung der Anfälle ist auch hier unregelmässig. Bei i könnte unter Vernachlässigung der Zwischenzeiten und der Mischzustände allen-

falls von einem regelmässigen Wechsel der Zustände gesprochen werden; bei h dagegen, der im Beginn etwa das gerade Gegenstück zu i bildet, wird die Reihenfolge später durch die zweimalige Wiederkehr depressiver Anfälle gestört. Noch klarer tritt dieses Fehlen der Regelmässigkeit bei dem sonst in seinen Einzelheiten sehr gut entwickelten Falle k hervor. Während die Pausen zwischen den einzelnen Gruppen von Anfällen ziemlich gleich lang sind, folgen bald ähnlich, bald verschieden gefärbte Anfälle aufeinander; zugleich schwankt die Dauer der Anfälle innerhalb sehr weiter Grenzen. Der letzte, sehr schwere, depressive Anfall war nach fast 3jähriger Dauer bei dem an Phthise erfolgten Tode des Kranken noch lange nicht abgeschlossen; der Doppelanfall hat trotzdem nahezu 6 Jahre gedauert, während ein früherer Doppelanfall in ebenso vielen Monaten ablief.

War schon in den letzten Fällen die Verteilung von Manie und Depression, von denen die erstere bei den schweren, die letztere bei den leichteren Fällen häufiger in die Hände des Arztes führt, eine annähernd gleichmässige, so sehen wir bei l ganz regelmässig gleichartig zusammengesetzte Doppelanfälle auftreten; die Pausen schwanken zwischen 1—3 Jahren. Diese überaus kurzen Doppelanfälle, denen wir in ähnlicher Form bei dem ohne Pausen verlaufenden Falle c begegnet sind, lehren uns im Zusammenhalte mit den Erfahrungen bei k, dass hier, ebenso wie bei den rein manischen Formen, die Dauer der Anfälle innerhalb der weitesten Grenzen veränderlich ist. Fall l zeichnete sich übrigens durch die ausserordentliche Ähnlichkeit der einzelnen Anfälle untereinander aus, eine Eigentümlichkeit, die auch bei e, im späteren Verlaufe von c und bei b zu beobachten war.

Der letzte Fall, m, ist durch das Vorwiegen der Depressionszustände ausgezeichnet; nur einmal trat kurze Zeit eine manische Erregung auf, ausserdem ein Mischzustand in Form der depressiven Erregung. Auch hier schiebt sich nach dem ersten Anfalle mit 28 Jahren eine 17jährige Pause ein. Würde hier auch der letzte Rest der manischen Färbung noch durch eine Depression ersetzt, so hätten wir das Krankheitsbild der periodischen Depression vor uns, wie uns am anderen Ende der Reihe dasjenige der reinen periodischen Manie begegnen würde.

Es kam mir hier darauf an, die durchaus regellose Verschie-

denheit des Verlaufes dieser Krankheitsformen darzulegen, die sich sehr wesentlich von der schulmässigen Darstellung in Wellenlinien unterscheidet. Ich habe dabei keineswegs unregelmässig verlaufende Fälle besonders ausgewählt, sondern im Gegenteil unter den zur Verfügung stehenden Beobachtungen lange suchen müssen, bis ich endlich wenigstens einen so ungefähr der landläufigen Vorstellung entsprechenden Verlauf fand, wie ihn c zuletzt darbietet. Ich habe nur Kranke mit vielen Anfällen bevorzugt. Dennoch sehen wir wenigstens im Falle d nur einen einzigen Doppelanfall im Leben auftreten; es darf wohl als zweifelhaft gelten, ob der freilich noch rüstige, 71jährige Kranke einen weiteren Anfall erleben wird. Bei g sind neben dem ganz kurzen depressiven und einem ebensolchen manischen Anfalle nur zwei Manien aufgetreten; bei i können wir 4 Anfälle, darunter zwei Doppelanfälle zählen, und bei den übrigen Fällen steigert sich die Zahl immer mehr. Ich hätte natürlich auch hier alle Abstufungen von einem einzigen, manischen oder depressiven Anfalle an bis zur fortlaufenden Folge der Anfälle durch Beispiele erläutern können, glaube jedoch, dass die mitgeteilten Darstellungen genügen werden, um meine Auffassung von der klinischen Einheit des manisch-depressiven Irreseins und der Unmöglichkeit, irgendwo künstliche Grenzen zu ziehen, klar verständlich zu machen.

In den Zwischenzeiten erscheinen die Kranken zunächst wenigstens vollkommen gesund. Vielleicht fällt nach einer Depression das besonders blühende Aussehen und die Lebensfrische, nach einer Manie die Mutlosigkeit und Verdrossenheit auf, die der Kranke lange Zeit hindurch nicht überwinden kann. Bei längerer Dauer der Krankheit und bei häufigerer Wiederholung der Anfälle pflegen sich die psychischen Veränderungen auch während der Zwischenzeiten deutlicher herauszustellen. Wenn auch keine auffallenden Krankheitszeichen mehr nachweisbar sind, so ist doch eine gewisse Unfreiheit und Unselbständigkeit, gedrücktes, menschenscheues „verzweiflerisches“ Wesen, leichte Ermüdbarkeit, grosses Schlafbedürfnis und Herabsetzung der Arbeitskraft, andererseits Reizbarkeit, stark gehobenes Selbstgefühl, Streitsucht, Unstetigkeit, Aufgeregtheit vielfach unverkennbar. Öfters gewinnen die Kranken auch keine volle Klarheit über den Umfang und die Bedeutung ihres Leidens. Sie geben wohl zu, aufgeregt oder

schwermütig gewesen zu sein, schieben aber die Schuld zum grossen Teile auf zufällige Umstände, das Verhalten ihrer Umgebung, die Verbringung in die Anstalt. Darum werden sie auch nicht gern an die Zeit der Krankheit erinnert, weichen allen Erörterungen darüber aus, gehen dem Arzte bei späteren zufälligen Begegnungen aus dem Wege.

Ausserordentlich häufig sind während der Zwischenzeiten ganz leichte, angedeutete Anfälle, deren krankhafte Natur nur aus genauer Kenntnis der ausgebildeteren Anfälle und dieser Krankheitsformen überhaupt erschlossen werden kann, plötzlich erwachende Lebenslust, ungewöhnlicher Unternehmungsgeist, Abschütteln der Alltagssorgen, Geschwätzigkeit, Ausgelassenheit, Reizbarkeit, oder unbegründet sorgenvolles, in sich gekehrtes Wesen, wochenlange Untätigkeit und Teilnahmlosigkeit, die dann auf Überarbeitung, einen Ärger oder dergl. zurückgeführt wird, aber ebenso rasch wieder verschwindet, wie sie gekommen war. Einer meiner Kranken liess sich in einem hypomanischen Anfalle von einer Hochstaplerin ausbeuten; die dann folgende Verstimmung wurde von der Familie durch die erlittene Enttäuschung anscheinend ganz natürlich erklärt. Kürzere Erregungen schliessen sich bei Frauen leicht an die Menses an.

Das Herannahen eines neuen Anfalles fühlen die Kranken selbst bisweilen schon Tage oder gar Wochen vorher, ohne sich darüber klare Rechenschaft zu geben. Eine meiner Kranken machte häufig einige Zeit vor dem Ausbruche des Anfalls einen sonst ganz zwecklosen Besuch in der Anstalt, bei dem sie noch keine Spur von Krankheitszeichen darbot. Andere haben noch Zeit, vor dem Beginne der Erregung ihr Haus zu bestellen und sich dann freiwillig in die Behandlung zu begeben; ein derartiger Kranker sprang einmal mitten in der Nacht über die hohe Mauer in die Anstalt herein, nachdem er schon mehrere Stunden weit gelaufen war.

Der Übergang der beiden Krankheitsabschnitte ineinander vollzieht sich bisweilen ganz plötzlich und dann regelmässig in der Nacht. Der deprimierte Kranke wacht zur gegebenen Zeit wider sonstige Gewohnheit sehr früh auf und ist nun manisch; der Erregte fühlt sich eines Morgens müde, abgeschlagen, gehemmt. Häufiger sieht man den Wechsel der Zustände sich schon

von langer Hand vorbereiten. Der Gesichtsausdruck und die Haltung des bis dahin deprimierten Kranken wird allmählich freier, sein Auge lebhafter; Esslust und Ernährung heben sich. Seine Haut gewinnt die frühere Spannung, seine Bewegungen ihre Spannkraft wieder. Nach und nach wird er zugänglicher, zeigt mehr Anteilnahme für seine Umgebung, beginnt sich andauernder zu beschäftigen, fühlt sich frischer und wohler, äussert die Sehnsucht nach Freiheit und Berufstätigkeit, „nach Frühling und Waldesgrün“, fasst seine Entlassung ins Auge und macht oft längere Zeit hindurch den Eindruck eines Genesenden. Eine entlassene Kranke schrieb in diesem Zustande, sie wolle als Wärterin eintreten, „aber nur auf der ruhigen Abteilung“.

Die krankhafte Natur der anscheinenden Besserung deutet sich oft schon jetzt an. „Es geht mir unnatürlich gut,“ erklärte mir eine später durch Selbstmord endende Kranke; sie fühle sich um Jahre verjüngt, schlafe ganz kurze Zeit und sei dabei doch immer frisch: „so kann es doch eigentlich nicht weitergehen“. Einzelne Handlungen tragen vielleicht bereits einen manischen Anstrich, während im ganzen noch die Zeichen der Hemmung überwiegen. Ich behandelte eine Kranke, die nach schwerer Depression trotz völliger Besonnenheit kaum imstande war, ein Wort hervorzubringen, dabei körperlich aufblühte, häufig lächelte und zum allgemeinen Erstaunen plötzlich blitzschnell eine Ohrfeige austeilte. Eine Dame, die noch von schweren Verfolgungsideen geplagt wurde, erfasste unversehens eine Bauersfrau, um mit ihr um den Tisch herumzutanzen. Eine andere hatte, als sie verzweifelnd an einem Putzgeschäfte vorüberging, den Einfall, sich ein Ballkleid zu kaufen, und erschien zur grössten Verwunderung ihrer Angehörigen in demselben zwei Tage später auf einem Balle, den sie bereits abgesagt hatte. Mehr und mehr gewinnt dann die gehobene Erregung die Oberhand. „Charfreitag ist heute, aber bei mir ist schon Ostern geworden“, schrieb eine Kranke in ihr Tagebuch.

Sehr bezeichnend malt sich das Aufdämmern freundlicherer Bilder in dem folgenden Briefe einer Kranken, von der ich oben eine Selbstschilderung ihrer hypochondrischen Empfindungen wiedergegeben habe. Die Kranke befand sich bei der Abfassung dieses Briefes an ihre Mutter trotz erheblicher körperlicher Besse-

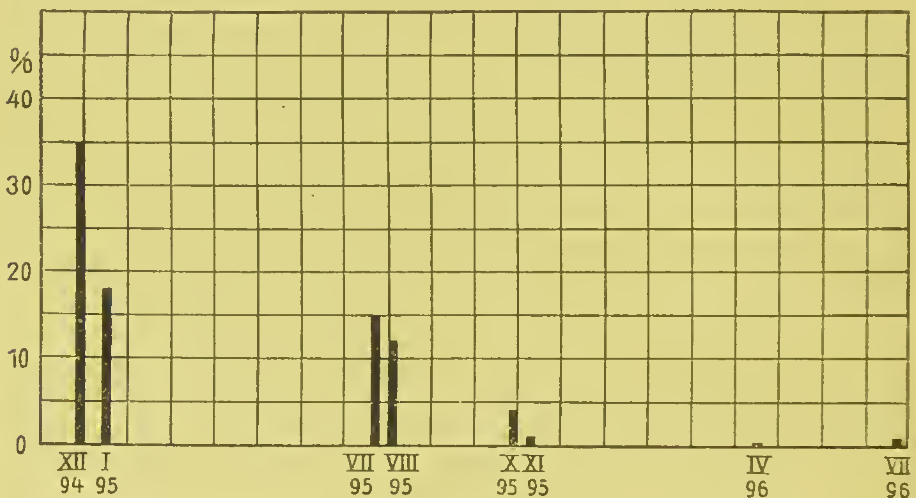
rung noch in tiefer Verstimmung; sie endete bald nachher durch Selbstmord.

„Wie sehne ich mich so furchtbar nach Euch und nach dem Leben, und doch fühle ich, dass ich sterben muss. Und Dich und meine Geschwister liebe ich mehr, als das Leben — als das reiche, schöne, reine Leben, das ich so gern mit Euch teilen möchte, so wie ich sollte — und statt dessen mache ich Euch solchen Kummer. O, flucht mir nicht, ich bin wohl krank und nicht wert, dass ich bei Euch bin; verzeiht mir, was ich schon zu Euch gesprochen. — Und heute ist mir so leicht, dass ich fühle, dass ich nun einschlafen werde, und alles, alles, was so wunderschön ist im Leben, steht nun so reich und klar vor mir: Eure Liebe und die Arbeit — und der Garten und die Blumen und der Wald. Und von dem Lindenhof, so wie er war, als Deine Arbeit und Deine schaffensfreudige Hand und Dein schönheitsliebendes Auge ihn schmückte, der steht nun in so lebhaften Träumen vor mir wie nie vorher. Und weisst Du noch, wie wunderschön die Sommerabende auf der Veranda waren: Wo die beiden hohen, schlanken Tannen in den klaren Abendhimmel standen und der wilde Wein einen so durchsichtigen Schleiervorhang von der Waschküche aus herüber zu der einen Tanne und von da zu der andern spannte, den manchmal der Wind leise bewegte. Und der klare, helle Mond schaute zwischen den Tannen durch. Und wir sassen um Dich herum auf der Veranda und daneben rauschte der Wasserfall vom Mühlrad. Und als abends die Ratte ihren Luftspaziergang auf dem Draht vom Fruchtspeicher zum Wassertrunk machte und wir sie beobachteten und erst nicht wussten, was für ein nächtlicher Schwärmer das sei, das war auch so geheimnisvoll interessant, und als Fritz dann mit sicherem Auge sie herunterschoss, das war dann kraftvolle Wirklichkeit. Und ganz besonders schön war es, wenn die Rosen und Lilien blühten und die Johanniskäferchen dabei glühten, und dann am hinteren Gartenrand der duftige Wiesengrund und an seinem Saum unser Wäldchen, wo wir unsere Kinderspiele machten, bei denen Fritz der gefürchtete Raubritter immer war! Und wenn die Bienen so summten in den kerzengeschmückten Kastanienbäumen — das war zu schön zum träumenden Daruntersitzen“ . . . .

Man beachte die Mischung von Hoffnungslosigkeit mit schwärmerischer Überschwänglichkeit und dem leise an Ideenflucht erinnernden, wortreichen Schwelgen in poetisch gefärbten Erinnerungsbildern, die steten neuen Anknüpfungen mit „Und“, ein Zeichen, dass immer neue Bilder sich aufdrängen.

In ähnlicher Weise spielt sich die entgegengesetzte Wandlung ab. Das Körpergewicht, welches sich trotz der Erregung in der letzten Zeit gehoben hatte, beginnt langsam wieder zu sinken. Nun lässt die Vielgeschäftigkeit allmählich nach; die grossen Pläne treten in den Hintergrund; der Kranke hat „keinen solchen

Mut mehr"; die Stimmung wird ruhiger, ernster, trüber. Ein junger Jurist, der in der Erregung eine Preisarbeit verfasst hatte, besass in der folgenden Verstimmung nicht den Mut, sie einzureichen. Zum Glücke kehrte die Erregung noch rechtzeitig wieder, und er gewann den Preis. Hie und da tauchen einzelne Betrachtungen über getäuschte Hoffnungen, verfehlte Anläufe, schwere Lebenserfahrungen auf; die Bewegungen werden langsamer, schlaffer, kraftloser, der Gesichtsausdruck matt, abgespannt, der Blick müde, und nun treten auch alle die übrigen Erscheinungen der früheren Depressionszustände, eine nach der andern, wieder hervor.



Figur XXVII.
Prozentverhältnis der Klangassociationen in der Manie und der Depression.

In Figur XXVII gebe ich den Prozentsatz der Klangassociationen während eines solchen Überganges von der Manie zur Depression nach Aschaffenburgs Versuchen wieder. Die Abschnitte der Abscissenachse entsprechen je einem Monate. Man erkennt hier deutlich, wie mit dem Abklingen der manischen Erregung, die zu Beginn der Versuche schon über ein Jahr lang in schwerster Form angedauert hatte, ganz regelmässig die Zahl der Klangassociationen sinkt, um kurz vor der Entlassung des Kranken, die im Dezember 1895 stattfand, völlig zur Norm zurückzukehren. Schon Ende desselben Monats setzte eine ungemein tiefe Depression mit stärkster Hemmung ein, die zunächst Associations-

versuche unmöglich machte. Die beiden nächsten Versuche im April 1896 lieferten gar keine, derjenige im Juli 1% Klangassociationen. Die Zahl dieser letzteren gab somit ein durchaus getreues Abbild des psychischen Allgemeinzustandes.

Zur näheren Erläuterung aller dieser höchst merkwürdigen Seelenzustände gebe ich noch ein Bruchstück aus der umfangreichen Selbstschilderung eines Schneiders wieder, dessen Vater durch Selbstmord zugrunde gegangen war, während er selbst in seinem 14. Lebensjahre die ersten Verstimmungen durchmachte, die sich gleich einige Male wiederholten, aber immer nur wenige Wochen dauerten. Er hatte damals sofort das Gefühl, dass er an einer „angeborenen“ Krankheit leide.

„Ich wurde öfters von meinem älteren Bruder angeredet: Du sitzest ja da wie im Traum. Er hatte auch recht, denn meine Krankheit ist auch so ähnlich wie ein schwerer Traum in wachendem Zustande. Ich fand schon in diesem Zustande als 14jähriger Junge das Leben unerträglich und hatte damals schon Selbstmordgedanken. So lustig wie ich vorher war und nachher, dann so traurig, fiel meinen Angehörigen auf; ich wurde immer gefragt: Wo fehlt's denn? Im Kopf und im Herzen, sagte ich immer, denn wie es mir da ist, kann man weder beschreiben noch sagen. Gewusst hatte ich es damals schon bei der ersten Erscheinung dieses Übels, dass es Geistesstörung ist, denn ich konnte nichts merken, stellte mich zu allem ungeschickt, hatte zu nichts eine Freude, nicht einmal zum Geld; man lachte mich schliesslich aus, weil ich so ähnlich tat, als wenn ich schon sterben müsste; es ist mir jedesmal zumute, als wenn ich diese Anfälle nicht überleben könnte. Andere Menschen beneidete ich, wenn sie lustig waren; ich hielt mich immer bei einer Lustbarkeit fern, und musste ich hie und da mit meinen Kameraden, so sass ich da wie ein Stummer, denn das Sprechen ging bei mir nicht oder unzusammenhängend wie ein Stotternder. In diesem Zustande bin ich noch mit Niemandem in Streit geraten; man hielt mich jedesmal für vernünftig und folgsam, denn da habe ich weder einen Willen noch eine Vernunft, ein förmlicher Automat. So hitzig ich sonst bin, so kalt bin ich in der Krankheit. Es ist mit mir eine Umwandlung allemal eingetreten, als wenn ich ein ganz anderer Mensch wäre wie sonst, und nach meiner Überzeugung ist es auch so. Die Vergangenheit streicht mir durch den Kopf; jeder Fehler, den ich in gesundem Zustande begangen habe, drückt mich. In der Krankheit könnte ich nicht eine Lüge sagen . . . Im Anfange machte ich Röcke, dann, als so allmählich die Krankheit stärker auftrat, musste ich auf Westen übergehen . . . Ich war wieder ein Stümper, aber kein Schneider mehr . . . Dann (mit 24 Jahren, nach vielen depressiven Anfällen) spürte ich eine besondere Bewandtnis mit mir, aber nicht gedrückt und gedankenlos, sondern entgegengesetzt. Ich war lustig, überspannt; trotzdem ich unterwegs viel Wein trank, war ich

doch nicht betrunken, denn in dieser Aufregung konnte mir gar kein Getränk nichts anhaben; hingegen kann ich sonst in meinem Normalzustande wenig vertragen. Ob ich viel oder wenig trank, blieb ich mir fast gleich, und wenn ich viel mehr trank wie gewöhnlich, am nächsten Tage hatte ich nie Katzenjammer. Das Geld achtete ich in diesem aufgeregten Zustande gar nicht, denn ich hielt mich für Grafen, Schauspieler, Dichter u. s. w. . . . . In einigen Wochen brachte mich mein Bruder ins Krankenhaus, denn ich machte dumme Geschichten, ging in Gasthäuser ohne Geld u. s. f. Die Arbeit ist mir zwar da Spielerei, aber der Kopf glüht mir dann förmlich, wenn ich einige Stunden sitze. Ich kam in eine Tobzelle, eine Art Schweinestall, und war darin 3 Wochen; bereits 14 Tage war ich ohne Besinnung, dann kam ich in den Krankensaal, wo ich etwa 4 Wochen blieb. Zusammengeschlagen hatte ich darin alles, zerrissen auch . . . . Kurz vor meiner Hochzeit beschlich mich diese unheimliche Krankheit wieder. Ich wurde überall als ein ruhiger, solider Mensch geschildert; natürlich reden konnte ich nicht viel. Ich habe eine traurige Hochzeit gehabt, und glaube, dass noch kein Mann mit einer solchen Verstimmung vor dem Alter erschienen ist. Früher gab ich Unterricht im Zuschneiden, und in der Krankheit konnte ich kaum einen kleinbürgerlichen Anzug machen. . . Das schlechte Gedächtnis, das ich in dem jetzigen schweren Zustande habe. Namen merken, das kann ich sehr schlecht. Es darf mir ein einfacher Name gesagt werden; in der nächsten Minute weiss ich ihn nicht mehr. Ich wünsche mir oft, wenn ich ein rechter dummer Bauernknecht wäre, nur aber in meinem jetzigen Zustande. Es ist zwar ein sonderbarer Wunsch, aber immerhin kümmert sich ein Bauer wenig darum, wo das Gras oder Getreide herkommt. In meiner Krankheit da fallen mir immer solche Sachen ein; alles möchte ich ergründen, ohne dass ich es will. Ich habe eben keinen Willen; ich kann mir nichts vornehmen und auch nichts ausführen . . . Im aufgeregten Zustande, da bin ich mehr als Andere; das Sprechen geht bei mir wie beim Weber. Alles ist mir leicht, kurz ich bin leichtsinnig; da fällt mir auch das Leben leicht; ich denke nicht auf morgen."

Der gesetzmässige Verlauf der allmählichen Übergänge aus einem Zustande in den anderen ist oft in hohem Grade schlagend. Bis in die kleinsten Einzelheiten der Lebensführung, Kleidung, Haartracht, in alle Neigungen und Abneigungen hinein pflegt sich der durchgreifende Gegensatz der Zustände zu erstrecken, so dass man glauben möchte, zwei vollständig verschiedenartige Menschen vor sich zu haben. Sehr deutlich wird das bei Vergleichung der Figuren 1 und 2 auf Tafel X, welche dieselbe Kranke einmal im Stupor und wenige Wochen später in hypomanischer Erregung darstellt, das letztere Mal mit riesigem Strausse an der Brust und geziertem Lächeln. Ebenso sind die Schriftproben XX und XXI geeignet, diesen Wechsel zu zeigen.

Die erste mit den flüchtigen, zusammenhangslosen, stark abgekürzten Zügen ist in der Erregung nach einem Streite mit der Wärterin geschrieben, die zweite dagegen, welche in der kleinen, gedrängten, stark geneigten Schrift die eingetretene De-

Schriftprobe XX. Manisch-depressives Irresein: Erregung nach Streit mit einer Wärterin (13. II. 92, Mittags 2 U.).

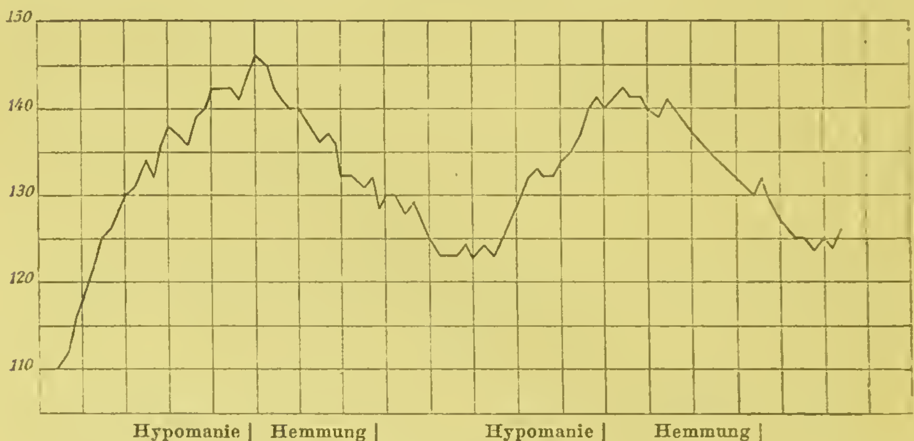
Schriftprobe XXI. Depression (14. II. 92, Morgens 8 U.).

pression andeutet, stammt vom Morgen des nächsten Tages. Auch der Unterschied in Ton und Inhalt der kleinen Briefe ist ungemein bezeichnend.

Den Gang des Körpergewichtes in zwei Doppelanfällen von einer Kranken mit leichter Hypomanie und einfacher Hemmung

zeigt die Kurve XXVIII. Wir erkennen, wie dasselbe während der Erregung ansteigt und genau mit dem Einsetzen der Verstimmung wieder sinkt. Auch in dem verschiedenen Verhalten der Pulskurve prägt sich oft der Gegensatz der beiden Krankheitsabschnitte überraschend deutlich aus.

Die Prognose des manisch-depressiven Irreseins ist für den einzelnen Anfall eine günstige. Seit langer Zeit gelten namentlich die Heilungsaussichten bei manischer Erregung als recht gute. In der Tat kann man auch nach sehr langer Dauer der Erregung oder Verstimmung bei zuverlässiger Diagnose noch mit grosser



Figur XXVIII.
Manisch-depressives Irresein: 2 Doppelanfälle.

Wahrscheinlichkeit auf völlige Wiederherstellung hoffen. Insbesondere darf man sich nicht durch die anscheinend während der Manie oder nach schwerer Tobsucht öfters bestehende geistige Trägheit täuschen lassen, die gewöhnlich nur der Ausdruck der Denkhemmung ist und sich später, wenn auch langsam, völlig wieder auszugleichen pflegt. Dagegen müssen wir es in jedem Falle, der dem Formenkreise des manisch-depressiven Irreseins angehört, für äusserst wahrscheinlich halten, dass der erste Anfall nicht der letzte sein wird, sondern dass die Krankheit sich mehrfach oder selbst sehr häufig im Leben wiederholen wird. Leider lässt sich der Zeitpunkt der Wiederkehr, wenn sich nicht eine gewisse Regelmässigkeit herausgestellt hat, bis jetzt auch nicht annähernd voraussagen. Im allgemeinen freilich dürfte bei

den sehr früh und ohne äusseren Anlass einsetzenden Fällen auf vielfache Wiederkehr der Anfälle mit kurzen Pausen zu rechnen sein. Tritt jedoch das Leiden erst später und im Anschlusse an tiefer greifende Schädigungen, etwa im Wochenbette, auf, so pflegen die späteren Anfälle weniger zahlreich zu sein. Im Klimakterium muss man auf die Wiederkehr früherer Anfälle gefasst sein; die Formen, die in diesem Alter zuerst auftreten, schienen mir eine gewisse Neigung zu mehrfacher Aneinanderreihung wechselnder Anfälle zu haben. Vorherrschen ausgeprägter Mischzustände dürfte im allgemeinen mehr auf eine schwerere Form der Leidens hindeuten.

Auch bei sehr langer Dauer der Krankheit entwickelt sich kein eigentlicher Schwachsinn, wenn die Anfälle selbst in milden Formen verlaufen. Im Gegenteil gibt es zahlreiche derartige Kranke, die in ihren Zwischenzeiten recht tüchtige geistige Leistungen aufzuweisen haben. Kahlbaum hat diese leichteren Gestaltungen der Krankheit als „Cyclothymie" den schwereren, zum Schwachsinn führenden gegenübergestellt, die er als „Vesania typica circularis" bezeichnete. Von der Berechtigung einer derartigen grundsätzlichen Scheidung habe ich mich nicht zu überzeugen vermocht, zumal wir in demselben Krankheitsverlaufe ganz leichte und sehr schwere Anfälle nacheinander auftreten sehen. Auch gibt es Kranke genug mit heftigen, aber seltenen Tobsuchtsanfällen, die keine Einbusse ihrer geistigen Fähigkeiten erkennen lassen. Es ist jedoch richtig, dass namentlich sehr lange anhaltende und häufige, schwere Krankheitsanfälle auf die Dauer nicht ohne schädigenden Einfluss bleiben. Solche Kranke sind während der Zwischenzeiten zwar besonnen, orientiert, behalten ein leidliches Gedächtnis, aber sie werden schliesslich dauernd urteilslos, reizbar, ungemein schwankend in ihrer Stimmung, oder stumpf, gleichgültig und willenlos. Regelmässig handelt es sich dabei um Kranke, bei denen das Leiden in der Entwicklungszeit begonnen hat, während die später einsetzenden Formen meistens leichter verlaufen.

In einzelnen Fällen scheinen leichtere, sich zeitweise verstärkende manische Störungen durch sehr lange Zeiträume hindurch fortzubestehen, selbst Jahrzehnte hindurch. Man hat hier wohl mit einer gewissen Berechtigung von einer „chronischen

Manie“ gesprochen. In der Regel handelt es sich dabei jedoch nicht um einen Schwächezustand, der nach schwerer Erkrankung zurückgeblieben ist, sondern um Formen mit verwischter Verlaufsart und unvollkommenen Intermissionen. Bei genauer Durchmusterung des Lebensganges lassen sich meist einzelne Abschnitte mit stärkerer Erregung annähernd abgrenzen; ebenso finden sich gewöhnlich, wenn auch nicht immer, Andeutungen von Depressionen oder Mischzuständen. Ausserdem aber zeigt sich, dass die Kranken auch in den freieren Zwischenzeiten mehr oder weniger deutliche manische Störungen dargeboten haben, abenteuerliche, unstete Lebensführung, prahlerisches Wesen, Reizbarkeit, Plänemacherei ohne Fähigkeit zu geordneter, anhaltender Tätigkeit. Diese „konstitutionelle Manie“, wie ich sie lieber nennen möchte, bildet das letzte Glied einer langen Kette von Übergängen, an deren anderem Ende die Fälle mit nur einem einzigen manischen Anfalle im Leben bei sonstiger geistiger Gesundheit stehen. Sie führen ohne scharfe Grenze in das Gebiet der krankhaften Persönlichkeiten hinüber. Da die einzelnen Anfälle manischer Erregung viele Jahre andauern können, um dann Depressionen oder völlig freien Zwischenzeiten Platz zu machen, ist die Diagnose der konstitutionellen Manie natürlich nur bei genauer Kenntnis der gesamten Vorgeschichte möglich.

Wie mir scheint, haben wir eine durchaus entsprechende Reihe von Übergängen auch für die Depressionszustände zu verzeichnen. Wir kennen Kranke genug mit einzelnen manischen Anfällen, die in den Zwischenzeiten dauernd scheu, gedrückt, schwer von Entschlüssen sind. Noch deutlicher pflegt diese Veranlagung bei den periodischen Depressionszuständen hervorzutreten. „Ich habe die Schwermut mit auf die Welt gebracht“, sagte mir eine derartige Kranke. Endlich aber begegnen uns Fälle, in denen sich die einzelnen Anfälle von Verstimmung ohne irgend schärfere Abgrenzung nur als gelegentliche und unregelmässige Verschlimmerungen einer konstitutionellen Depression darstellen. Ich bin früher geneigt gewesen, diesen Formen eine Sonderstellung einzuräumen, halte es indessen jetzt für wahrscheinlich, dass wenigstens eine bestimmte Gruppe derselben, ganz ähnlich wie die konstitutionelle Manie, den verwaschenen, aber dafür die ganze psychische Persönlichkeit dauernd umwandelnden Ge-

staltungen des manisch-depressiven Irreseins angehört. Hie und da, aber anscheinend weit seltener, als bei den entsprechenden manischen Formen, lassen sich auch Andeutungen des entgegengesetzten Zustandsbildes beobachten.

Einigermassen getrübt wird die Prognose des manisch-depressiven Irreseins durch seine Beziehungen zur Arteriosklerose. Ich habe schon darauf hingewiesen, dass sich die Krankheit durchaus nicht selten erst in den Rückbildungsjahren und selbst noch in höherem Alter, bisweilen geradezu nach einem Schlaganfalle entwickelt. Auf der anderen Seite liegen zahlreiche Erfahrungen vor, welche für das frühzeitige Auftreten arteriosklerotischer Veränderungen bei unseren Kranken sprechen. Wie man sich diesen Zusammenhang zu denken hat, bleibt vorläufig unklar. Es wäre möglich, dass die starken und häufigen Schwankungen des Blutdruckes und der Gefässinnervation, die in der Krankheit eintreten, eine Schädigung für die Gefässe bedeuten. Huldigt man mehr der Annahme chemischer Ursachen, so könnte man glauben, dass eben jenes Gift, welches den Wechsel der psychischen Zustände erzeugt, auch die Gefässwandungen in Mitleidenschaft ziehe, ähnlich wie wir uns das Verhältnis zwischen syphilitischer bezw. paralytischer Gefässveränderung und den entsprechenden Rindenerkrankungen vorstellen; so würde das Auftreten cirkulärer Anfälle bei schon bestehender Arteriosklerose eher verständlich. Dass für diese Auffassung auch die zwar seltenen, aber doch hie und da beobachteten epileptischen Anfälle nicht ohne Bedeutung wären, wurde schon erwähnt. Ich sah einen 52jährigen Kranken, der weder an Trunksucht noch an Syphilis litt, nach mehrfachen schweren epileptischen Anfällen im 15. Jahre eines manisch-depressiven Irreseins plötzlich apoplektisch zugrunde gehen. Erst in den letzten Wochen seines Lebens traten die Zeichen der Arteriosklerose deutlicher hervor; auch seine Mutter war apoplektisch gestorben.

Wo sich im Laufe eines manisch-depressiven Irreseins arteriosklerotische oder, was auch bisweilen vorkommt, schwerere senile Veränderungen hinzugesellen, kann es zur Entwicklung von psychischen Schwächezuständen kommen, die das ursprüngliche Krankheitsbild verwischen. Ich habe es mehrfach gesehen, dass Kranke, die eine Reihe von Anfällen ohne nennenswerte Schä-

digung ihrer psychischen Leistungen überstanden hatten, in höherem Alter verblödeten, und zwar in der bekannten Form des arteriosklerotischen oder senilen Schwachsinns. Da wir auf der anderen Seite Fälle genug kennen, in denen trotz hohen Alters manisch-depressive Kranke keinerlei geistige Einbusse erleiden, so haben wir den Eintritt einer erheblichen Verblödung wohl immer auf das Hinzutreten einer neuen, mehr oder weniger selbständigen Erkrankung zurückzuführen.

Die Erkennung des manisch-depressiven Irreseins ist leicht in denjenigen Fällen, in denen bereits eine Reihe von wechselnden oder gleichartigen Anfällen voraufgegangen ist. Immerhin ist zu bemerken, dass auch in der Paralyse und in der Dementia praecox ein ähnlicher Wechsel zwischen Erregung und trauriger Verstimmung oder Stupor vorkommen kann wie hier. Die Unterscheidung hat in solchen Fällen die besonderen klinischen Zeichen der Anfälle selbst zu berücksichtigen, die wir früher eingehend besprochen haben. Dasselbe gilt für die Abgrenzung von der Melancholie und der Amentia.

Die leichteren und leichtesten Formen des manisch-depressiven Irreseins gehen ganz unmerklich in gewisse krankhafte persönliche Eigentümlichkeiten über, die sich als mehr oder weniger regelmässige Schwankungen in der Gemütslage, in der gesamten Lebensauffassung und im Handeln darstellen. Die Zeiten grundloser Verstimmung oder ungestümer Ausgelassenheit können lange Zeit für einfache Launen gehalten und mit allerlei Zufälligkeiten in Verbindung gebracht werden. Derartige Fälle, die vielleicht niemals in die Hände des Irrenarztes kommen, werden, wie Hecker sehr zutreffend betont hat, vielfach für Neurasthenie, Hysterie, Hypochondrie gehalten, da die Kranken in den zugehörigen manischen Zeiten für gesund gelten. Sie haben jedoch in der Depression, die sie zum Arzte treibt, recht häufig selbst ein deutliches Gefühl für die Krankhaftigkeit der Erregung, die sie bisweilen sehr fürchten. Es gelingt daher meist leicht, den Wechsel der Zustände, die Wiederkehr der einzelnen Abschnitte und damit die Natur des vorliegenden Leidens aufzudecken. Die einfache, ohne Anlass hereinbrechende Entschlussunfähigkeit ist so eigenartig, dass sie oft ohne weiteres den richtigen Schlüssel für die Deutung des Zustandes liefert. Diese Fälle sind ungemein häufig

und finden sich überall in den Sanatorien, wo sie die verschiedensten Kuren durchmachen. Trifft dann die Kur gerade mit dem Umschlage der Stimmung zusammen, so erzielt sie einen glänzenden Erfolg. Auch hier kann übrigens die Umgebung jederzeit einmal durch einen schweren Anfall überrascht werden, wenn auch meistens das Leben in einem Wechsel zwischen allerlei tollen Streichen und der vermeintlichen Reue über dieselben, zwischen fieberhafter Unternehmungslust und den anscheinenden Nachwehen der Überarbeitung hinzufliessen pflegt.

Weit schwieriger, als aus dem Gesamtverlaufe, lässt sich das manisch-depressive Irresein aus dem einzelnen, besonders dem ersten Anfalle erkennen; manche Irrenärzte halten diese Diagnose überhaupt für unmöglich. Dem gegenüber glaube ich ohne weiteres behaupten zu können, dass zunächst alle wirklich manischen Anfälle nichts anderes sind, als Erscheinungsformen der hier beschriebenen Erkrankung. Auch hier gibt es Formen, deren Äusserungen so wenig aus dem Rahmen des Gesunden heraustreten, dass sie nur von dem Erfahrenen richtig beurteilt werden können. „Sie wird von Leuten, die sie nicht kennen, bloss als lebenslustig bezeichnet," schrieb uns die sehr verständige Mutter einer solchen Kranken. Massgebend ist hier stets der Umstand, dass die erhöhte Geschäftigkeit und Ruhelosigkeit nicht von Jugend auf bestanden, sondern zu einem gewissen Zeitpunkte eingesetzt hat, vielleicht auch zu wiederholten Malen dagewesen und immer wieder verschwunden ist.

Nur bei den konstitutionellen Formen wird dieses Kennzeichen versagen, wenngleich auch hier deutliche Verschlimmerungen des Zustandes oder Umschlagen in die entgegengesetzte Färbung regelmässig nachweisbar sind. Solche Kranke, die vielfach mit ihrer Umgebung und mit der öffentlichen Ordnung in Widerstreit zu geraten pflegen, werden meist für Schwindler, Lumpen, öfters auch für moralisch irrsinnig gehalten. Abgesehen von den schon erwähnten Schwankungen und Änderungen des Zustandes ist jedoch auch das klinische Bild geeignet, zu einer richtigeren Auffassung zu führen, die dauernd zuversichtliche, selbstgerechte Stimmung, die Reizbarkeit, die Planlosigkeit und Vielgeschäftigkeit, die lebhafte gemütliche Erregbarkeit, das Fehlen verbrecherischer Absichten.

Den hysterischen Erregungszuständen, auf welche die Erscheinungen bisweilen hindeuten, fehlt die Ideenflucht, die übermütige Färbung der Stimmung und die grosse Ablenkbarkeit; die Erregung schliesst sich mehr an bestimmte Anlässe an und tritt in Form einzelner Gefühlsausbrüche auf, gegenüber dem ganz allgemeinen manischen Betätigungsdrange. Zudem schwindet die hysterische Aufregung jeweils nach kurzer Dauer rasch und vollständig, während auch die leichtesten Formen des manischen Anfalles ungleich länger andauern und erst allmählich zur Gleichgewichtslage zurückkehren.

Viele der hier beschriebenen manischen wie depressiven Zustände werden noch immer als „akute Paranoia“ bezeichnet. Dass man sich durch diese Auffassung selber den richtigen Weg zu einer Prognose verbaut, wird hier keiner weiteren Ausführung mehr bedürfen. Auch Bleuler, der solche Krankheitsbilder als periodischen Wahnsinn beschrieben hat, weist darauf hin, dass es sich hier nur um Erscheinungsformen des manisch-depressiven Irreseins handelt. In der Regel werden erhöhte Ablenkbarkeit, leichte Ideenflucht, auffällig gehobene Stimmung, Redseligkeit, Betätigungsdrang oder Denkhemmung, Hoffnungslosigkeit, Entschlussunfähigkeit oder endlich eine Mischung dieser Krankheitszeichen bald dartun, dass die anscheinend so „paranoischen“ Wahnbildungen eine ganz andere Bedeutung haben. Allerdings sind jene Begleiterscheinungen bisweilen nur bei sehr aufmerksamer Beobachtung zu erkennen. Einzelne derartige Fälle sind mir aufgestossen, die möglicherweise nicht dem manisch-depressiven Irresein, aber auch ganz gewiss nicht der Paranoia angehören. Es handelte sich um weibliche Kranke in mittlerem oder höherem Lebensalter, bei denen sich Erregungszustände von mehr oder weniger deutlicher manischer Färbung mit unsinnigen Grössen- und Verfolgungsideen ohne äusseren Anlass entwickelten. Regelmässig bestand grosse Ablenkbarkeit, Ideenflucht, Neigung zum Reimen, zu üppigem Fabulieren, zu scherzhaften Verkennungen. In einem Falle herrschte längere Zeit hindurch eine ängstliche Aufregung mit anhaltendem Schreien und Jammern vor, um dann in ein halb gereiztes, halb humoristisches Wesen überzugehen. Ein anderes Mal schoben sich einzelne traurige Tage in die sonst ungemein gehobene Stimmung ein. Die Kranken waren dauernd

besonnen, klar über ihre Umgebung, verkannten und benannten aber die Personen in scherzhafter Weise, prahlten mit vornehmer Abkunft, grossem Vermögen, beklagten sich über Vergiftungen, Beschimpfungen, geschlechtliche Beeinflussungen. Die Erregbarkeit war sehr gesteigert; sobald man sich mit den Kranken beschäftigte, gerieten sie binnen kurzer Zeit in einen ausserordentlichen Redeschwall, der gewöhnlich in masslosen Schimpfereien endigte. Das Benehmen war theatralisch, geziert, die Reden schwülstig und verworren. In ruhigeren Zeiten zeigten die Kranken Neigung und Fähigkeit, sich zu beschäftigen. Es ist möglich, dass es sich hier trotz der auch in der Ruhe dauernd festgehaltenen abenteuerlichen Wahnvorstellungen um eigentümliche Zustandsbilder des manisch-depressiven Irreseins handelt; immerhin dauert die Krankheit einschliesslich der einleitenden Depression jetzt in einem Falle schon 10, in einem anderen etwa 6—7 Jahre ziemlich gleichförmig an, so dass mir Deutung und Ausgang zweifelhaft geworden ist.

Schleppend verlaufende Fälle mit wenig ausgeprägten Stimmungs- und Willensstörungen, aber deutlichen Wahnvorstellungen können auch als chronische Paranoia aufgefasst werden; mir selbst ist ein derartiger Fall sehr lehrreich gewesen. Sobald die Anzeichen einer selbständigen, dauernden Verstimmung oder Erregung, wenn auch nur in leisen Andeutungen, vorhanden sind, wird man die Diagnose der Paranoia trotz sehr schöner Systematisierung der Wahnbildungen fallen lassen müssen; auch die raschere Entwicklung des Leidens wird dagegen sprechen.

Nicht ganz selten werden manische, bisweilen auch gehemmte Kranke für schwachsinnig gehalten, selbst wenn sonst ihre Krankheit richtig erkannt wurde. Wie schon erwähnt, ist ein derartiges Urteil ungemein trügerisch, so lange noch irgendwie deutliche Zeichen der Manie oder Depression vorhanden sind. Ich kannte eine Kranke, die monatelang nur blöde vor sich hinlachte, höchstens hie und da ihrer Nachbarin einen Stoss versetzte, und von mir als schwachsinnig angesehen wurde, nach ihrer Genesung aber ungewöhnlich klug, gebildet und feinfühlig erschien. Ein anderer Kranker machte länger als ein Jahr infolge seiner Verständnislosigkeit und gänzlichen Unfähigkeit, ein Wort hervorzubringen, den Eindruck eines völlig verblödeten Menschen, bis er allmäh-

lich auftaute und sich als lebhaft und lustig, allerdings nur mässig begabt erwies. Das Fehlen des Negativismus und der Manierirtheit, der Sinnestäuschungen, die Zugänglichkeit und Beeinflussbarkeit kann uns in solchen Fällen vor der Annahme einer wirklichen Verblödung bewahren, die doch in der Regel nur eine katatonische sein könnte.

Am nächsten liegen solche Fehlschlüsse bei gewissen Mischzuständen, namentlich bei der gedankenarmen Manie, die vielfach als „Imbecillität mit Erregung“ aufgefasst wird. Davor schützen die Zeichen von Ideenflucht, die Unbesinnlichkeit der Kranken und ihre tobsüchtigen Handlungen bei geringer Unruhe. Der manische Stupor kann leicht für katatonisch gehalten werden. Indessen die Kranken sind nicht negativistisch. Wo sie etwa widerstreben, liegt eine ärgerliche, gereizte Stimmung zugrunde, die sich dann auch in gewalttätigen Handlungen oder Schimpfausbrüchen kundgibt. Die Kranken beachten die Umgebung viel mehr, werden in ihrem Tun und Lassen deutlich durch Zureden und die Umstände beeinflusst, im Gegensatze zu der stumpfen oder geflissentlichen Gleichgültigkeit der Katatoniker. Ihre gelegentlichen Äusserungen zeigen grosse Gedankenarmut, aber nicht die Stereotypie und unsinnige Beziehungslosigkeit jener Kranken. Auch die Erregungen führen hier zu zielbewussten, oft scherzhaften und der Sachlage angepassten Handlungen, während wir es dort mit planlosem, triebartigem, oft einförmigem Bewegungsdrange zu tun haben. Die nörgelnden Erregungszustände unserer Kranken erweisen ihre Zugehörigkeit zum manischen Formenkreise durch die Weitschweifigkeit und Ideenflucht; zudem bilden sie meist den Übergang zwischen ausgeprägter Manie und Verstimmung, so dass dadurch ihre richtige Deutung erleichtert wird. Ähnliches gilt für die depressive Erregung. Hier wird auch die Ablenkbarkeit, die rasche Beruhigung bei Zureden, das Missverhältnis zwischen der lebhaften Erregung und der geringen Tiefe der depressiven Verstimmung, endlich die Neigung zu gelegentlichen scherzhaften oder schnippischen Bemerkungen zu beachten sein. Auch die übrigen mannigfaltigen Gestaltungen der Mischzustände sind bei aller äusserlichen Verschiedenheit immer durch ihre Zusammensetzung aus den gleichen, oben genauer gewürdigten Grundstörungen gekennzeichnet.

Eine ursächliche Behandlung des manisch-depressiven, tief in der Persönlichkeit wurzelnden Irreseins gibt es nicht. Dass eine sehr gleichmässige Lebensweise in geschützten Verhältnissen, namentlich auch unter Vermeidung von Alkohol, bei gefährdeten Menschen eine gewisse, vorbeugende Wirkung haben kann, darf im Hinblicke auf den vielfach zweifellosen Einfluss äusserer Schädigungen als wahrscheinlich angesehen werden. Auch in dem ruhigen Anstaltsleben sieht man oft die Anfälle verhältnismässig milde verlaufen. Wie weit es möglich ist, den einzelnen drohenden Anfall im Entstehen zu unterdrücken, wissen wir noch nicht. Kohn hat derartige Versuche namentlich für die Formen mit kurzen, rasch aufeinander folgenden Anfällen angestellt, bei denen man den Eintritt einer neuen Verschlechterung etwas genauer vorhersehen kann. Er empfahl namentlich sehr grosse Gaben von Bromsalzen. Man gibt 12—15 gr. täglich, womöglich schon einige Tage vor dem erwarteten Ausbruche des Anfalls beginnend, dessen erste Anzeichen man recht genau beachten soll. Es gelingt in der Tat bisweilen, das Auftreten der Erregung zu verhindern. Nachdem die besonders gefährlichen Tage vorübergegangen sind, geht man ganz allmählich mit der Gabe des Mittels herunter, um bei der Annäherung an den nächsten zu erwartenden Anfall von neuem zu der angeführten grossen Gabe anzusteigen u. s. f. Neuerdings hat Hitzig in einigen Fällen die Anwendung von Atropineinspritzungen empfohlen; die Erfolge scheinen jedoch einstweilen ziemlich unsichere zu sein.

Das Auftreten von Krankheitsanfällen in der Schwangerschaft oder im Wochenbett hat hie und da zu dem Versuche geführt, durch Einleitung der künstlichen Frühgeburt den Anfall abzukürzen oder seinen Ausbruch zu verhindern. Die Beobachtungen, die ich in dieser Hinsicht machen konnte, waren nicht ermutigend. Die Krankheit kommt und verläuft wie sonst auch. Höchstens könnte in solchen Fällen an Massregeln zur Verhütung der Schwangerschaft gedacht werden, doch sind dieselben einmal an sich auch in psychiatrischer Beziehung nicht ganz unbedenklich; andererseits sehen wir oft genug, dass ganz regellos bei derselben Frau im Verlauf des Fortpflanzungsgeschäftes einmal ein Anfall des manisch-depressiven Irreseins auftritt, ein anderes Mal nicht. Irgendwelche Anhaltspunkte für die Grösse der Ge-

fährdung bei dem gegebenen Anlasse besitzen wir daher durchaus nicht.

Die Behandlung der manischen Erregung wird vor allem möglichst die äusseren Reize abzuhalten haben. Dieser Anzeige dient die Versetzung in die Anstalt, von der man in ganz leichten Formen absehen darf, sobald die Freiheitsbeschränkung schlecht ertragen wird und das Leiden nicht zu schweren Schädigungen und Unzuträglichkeiten führt. Da wir ferner wissen, dass die Erregung sich durch die Tätigkeit immer mehr steigert, werden wir den Beschäftigungsdrang nach Möglichkeit beschränken und alle unruhigen Kranken im Bette halten, was namentlich bei körperlicher Schwäche und Blutleere dringend anzuraten ist. Bei sehr starker Erregung empfiehlt sich statt dessen das Dauerbad, das hier geradezu als das spezifische Behandlungsmittel bezeichnet werden darf. Seine wohltätige und beruhigende Wirkung ist ungemein überraschend. Alle die sonst so gefürchteten Übelstände, die Isolierung, das Schmieren, Zerstören, die Gewalttätigkeit lassen sich durch diese Massregel ganz oder doch nahezu ganz vermeiden. Alle anderen Schlaf- und Beruhigungsmittel werden vollständig entbehrlich, wenn man die Bäder auch nachts fortsetzen kann; andernfalls wird man hie und da zu Paraldehyd, Trional oder Sulfonal greifen müssen. Bei Herzschwäche sind unter Umständen vorsichtige Gaben von Coffein oder Digitalis angezeigt. Nach Abnahme der Erregung lässt sich die Badebehandlung recht gut mit zeitweiligem Aufenthalte im Freien verbinden.

Besondere Aufmerksamkeit erfordert die Ernährung der Kranken, die vielfach unter ihrer Unruhe Not leidet. Reichliche, leicht verdauliche Nahrung soll häufig gereicht, nach Umständen mit grosser Geduld eingegeben werden. In schwereren Fällen empfehlen sich tägliche Wägungen, um genau den Stand des Körpergewichtes beurteilen und im Notfalle rechtzeitig mit der Sondenernährung eingreifen zu können.

Die psychische Behandlung des Tobsüchtigen hat natürlich auf seine Reizbarkeit Rücksicht zu nehmen. Ruhige Freundlichkeit, im geeigneten Augenblicke mehr scherzhaftes Eingehen auf seine heitere Stimmung, vorsichtiges, geduldiges Lavieren erleichtern den Verkehr ungemein und machen oft den in ungeschickten Händen gefährlichen und widerspenstigen Kranken

lenksam und gutmütig. Beim Eintritte der Beruhigung wird auf die Vermeidung äusserer Anreizungen und Verführungen besonders Bedacht genommen werden müssen. Nicht unerhebliche Schwierigkeiten können bei Festsetzung des Entlassungszeitpunktes entstehen, da die Kranken oft sehr ungeduldig sind und auf alle Weise hinausdrängen. Selbst ganz beruhigte Kranke können aber in der Freiheit, besonders unter dem Einflusse des Alkohols, sofort wieder erregt werden und die gefährlichsten Streiche begehen. Den sichersten Anhalt für die Beurteilung des Zustandes gibt auch hier das Körpergewicht.

In den Depressionszuständen pflegt man Opium oder Morphium, Bromsalze, hie und da auch Schlafmittel, abendliche Bäder mit kühlen Überrieselungen, gelegentlich vorsichtige Massage in Anwendung zu ziehen; dazu kommt die Sorge für kräftige Ernährung, Regelung der Verdauung, Bettruhe mit regelmässigem Aufenthalte im Freien, endlich sorgfältige Überwachung wegen der Selbstmordgefahr, namentlich in den Übergangszeiten zwischen Erregung und Verstimmung.

Die psychische Behandlung wird sich wesentlich auf die Fernhaltung gemütlicher Reize zu beschränken haben. Besuche von Angehörigen, lange Gespräche, Briefe, geschäftliche Auseinandersetzungen sind nach Möglichkeit zu vermeiden. Besonderer tröstender Zuspruch ist auf der Höhe der Verstimmung meist ziemlich wirkungslos; späterhin, wenn die Stimmung sich aufhellt, erscheint sein Nutzen gewiss oft grösser, als er in Wirklichkeit ist. In leichten Fällen kann gegen die unangenehmen Empfindungen, die Schlaflosigkeit und Niedergeschlagenheit hypnotische Beeinflussung gewisse Dienste leisten. Grosse Vorsicht ist bei deprimierten Kranken hinsichtlich der Entlassung aus dem Schutze der Anstalt anzuraten. Wo Selbstmordneigung vorhanden ist, pflegt sie, wie schon früher erwähnt, meist nicht während der stärksten Hemmung, sondern gerade mit dem Nachlasse derselben zur Tat zu führen, solange dabei die verzweifelte Stimmung noch fortbesteht. Oft wissen derartige Kranke die letzten Reste ihrer trüben Gemütslage mit grosser Geschicklichkeit vor dem Arzte zu verbergen, um das lange geplante Vorhaben sicherer zur Ausführung bringen zu können.

X. Die Verrücktheit (Paranoia)*).

Unter dem Namen der Paranoia fasst eine grosse Zahl deutscher Irrenärzte alle diejenigen funktionellen Geisteskrankheiten zusammen, bei denen die Störung sich hauptsächlich oder ausschliesslich auf dem Gebiete der Verstandestätigkeit abspielt. Als wesentliches Kennzeichen dieser Krankheit gilt daher einfach das Auftreten von Wahnideen und Sinnestäuschungen. Der tiefere Grund für diese ganz verschwommene Begriffsbestimmung liegt in der Entstehungsgeschichte derselben. Nach der älteren Lehre Griesingers war die Verrücktheit stets der Ausgang einer voraufgegangenen affektiven Geistesstörung. Erst die Untersuchungen von Snell, Westphal, Sander haben dazu geführt, dass man eine „primäre" Form der Verrücktheit allgemein anerkannte. Unter dem Eindrucke dieses unleugbaren Fortschrittes kam man dazu, die neugewonnene Krankheitsform als primäre Erkrankung des Verstandes in Gegensatz zu stellen zu der Manie und Melancholie, bei denen man die massgebenden Störungen auf dem Gebiete des Gefühlslebens erblickte. Die bei der ersteren Formen gelegentlich beobachteten Affektschwankungen sollten ausschliesslich „sekundär", durch Vermittlung von Wahnbildungen oder Sinnestäuschungen, zustande kommen, gerade so, wie man das Auftauchen von Verstandesstörungen bei den affektiven Erkrankungen erst als Folgeerscheinung aus der primären heiteren oder traurigen Verstimmung ableiten zu können glaubte. Es war daher für die Diagnose von grösster Bedeutung,

---

*) Snell, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XXII, 368; Griesinger, Archiv f. Psychiatrie, I, 148; Sander, ebenda 387; Westphal, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XXXIV. 252; Mercklin, Studien über primäre Verrücktheit. 1879; Amadei e Tonnini, Archivio italiano per le malattie nervose, 1884, 1, 2; Werner, Die Paranoia. 1891; Schüle, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, L, 1 u. 2; Cramer, ebenda, LI, 2; Sandberg, ebenda, LII, 619.

im einzelnen Falle zu wissen, ob die Störungen der Stimmung oder diejenigen des Verstandes den Ausgangspunkt der Krankheitserscheinungen gebildet hatten.

Besonders verhängnisvoll für die weitere Entwicklung der klinischen Psychiatrie wurde die von Westphal zuerst kurz angedeutete Möglichkeit eines akuten Verlaufes der Verrücktheit mit Übergang in Genesung*). Die letzten Folgerungen dieser Lehre haben in neuerer Zeit Cramer und Ziehen gezogen. Durch die Verschiebung des ursprünglichen Begriffes, der nur mit chronischen, unheilbaren Zuständen rechnete, wurde die rein äusserlich-symptomatische Fassung des Krankheitsbildes mächtig gefördert. Wenn der Verlauf und Ausgang der Krankheit nicht mehr massgebend war, blieb eben die Verstandesstörung, das Auftreten von Wahnideen oder Sinnestäuschungen, als das einzig greifbare Kennzeichen der Verrücktheit übrig. Mit Notwendigkeit mussten nun eine Reihe von Krankheitsbildern zur Verrücktheit gezogen werden, die, klinisch genommen, nicht mehr die geringste wirkliche Gemeinschaft mit der ursprünglichen Verrücktheit darboten, so die Amentia, der Alkoholwahnsinn und zahlreiche Zustandsbilder, die unzweifelhaft der Dementia praecox oder dem manisch-depressiven Irresein angehören. Sprach man doch ganz harmlos von einer periodischen Paranoia!

Es bedarf wohl kaum einer besonderen Ausführung, dass ich diese Entwicklung der Paranoiafrage für eine völlig verfehlte halten muss. In ihr begegnet uns mit greifbarster Deutlichkeit der Grundfehler unserer klinischen Psychiatrie in den letzten Jahrzehnten, die rein symptomatische, auf ausgeklügelten Voraussetzungen beruhende Abgrenzung der Krankheitsformen. Der als grundlegend angesehene Gegensatz zwischen den Störungen des Verstandes und denjenigen der Gefühle ist nur ein psychologischer, aber durchaus kein klinischer. In den wirklichen Krankheitsbildern sehen wir beide in ganz unberechenbarer Weise sich miteinander verknüpfen. Wem das nicht einleuchtet, der versuche doch einmal bei dem allseitig anerkannten Krankheitsbilde der Paralyse, die Fälle nach der primären oder sekundären Entstehung der Wahnideen zu gruppieren. An diesem klaren Bei-

*) Köppen, Neurolog. Centralblatt, XVIII, 434.

spiele, von dem die klinische Auffassung der Seelenstörungen noch immer nichts lernen will, zeigt es sich bis zum Überdrusse, dass Wahnbildungen und Sinnestäuschungen an sich für die Kennzeichnung eines Krankheitsbildes ebenso unwesentlich sind wie das Auftreten von Verstimmungen und Erregungen. Ganz dasselbe kann man aus dem manisch-depressiven Irresein und aus der Dementia praecox lernen, wenn man sich nicht den freien Blick zuvor durch bestimmte Voraussetzungen versperrt hat.

In der Tat hat denn auch jeder bisher unternommene Versuch, die „Paranoiagruppe“ in sich zu ordnen und sie von anderen Formen des Irreseins abzugrenzen, regelmässig mit dem Geständnisse geendet, dass Mischformen und Übergänge in Menge die Formen selbst überwuchern und sogar zu den angeblich grundverschiedenen affektiven Geistesstörungen hinüberführen. Dadurch fällt die einzige Grundlage des jetzigen Paranoiabegriffes, der künstliche Gegensatz zwischen Verstandeskrankheiten und Gemütskrankheiten, in sich zusammen. Wir können nicht zweifeln, dass die Hoffnungslosigkeit, auf dem eingeschlagenen Wege zu einer Klarheit zu kommen, einen grossen Teil der Schuld an der allgemeinen Unlust zur Beschäftigung mit klinisch-psychiatrischen Fragen trägt. Was nützt uns auch die Zerlegung der grossen Verstandeskrankheit in ihre feinsten Spielarten, wenn wir dadurch nicht zugleich erfahren, ob der Kranke gesund, ob er periodisch, ob er einfach schwachsinnig oder im alten Sinne „verrückt“ werden wird? Über diese wichtigen Fragen muss uns schliesslich jede Diagnostik Aufschluss geben, die uns befriedigen und unsere Anschauungen klären soll. Dass uns gerade nach dieser Richtung die Universalkrankheit Paranoia, die bei manchen Irrenärzten bereits 70—80% des gesamten Krankenmaterials umfasst, nicht einen einzigen Schritt weiter bringt, bedarf keines Beweises. Wir wissen zur genüge, dass Wahnbildungen und Sinnestäuschungen bei den günstigsten und ungünstigsten, bei den akutesten und chronischesten, bei einfachen und periodischen Formen des Irreseins vorkommen können und daher an sich keinerlei Schlüsse auf den weiteren Verlauf des einzelnen Falles gestatten.

Demgegenüber ist kein Mittel in so hohem Grade geeignet, unseren Blick für die wirklich wesentlichen Eigentümlichkeiten eines Krankheitsvorganges zu schärfen, wie die Beachtung des

Verlaufes und endlichen Ausganges. Hat sich doch auch die Erkenntnis der Paralyse und ihrer körperlichen Zeichen zuerst an die Erfahrung angeknüpft, dass alle Kranken mit Sprachstörung und Lähmungen schliesslich in gleicher Weise zugrunde gingen. Haben wir einmal eine Gruppe von Fällen vor uns, die den gleichen Ausgang genommen haben, so werden wir nunmehr vielfach auch im klinischen Bilde selbst schon kleine Eigentümlichkeiten erkennen, die uns von vornherein gestatten, ähnliche Fälle künftighin richtig zu beurteilen. So sind wir heute vielfach imstande, die paralytische Erregung an der Hand der psychischen Krankheitszeichen von der so sehr ähnlichen manischen oder katatonischen, den paralytischen Schwachsinn von den prognostisch wesentlich abweichenden syphilitischen oder alkoholischen Formen zu unterscheiden, aus den besonderen Zeichen des cirkulären oder katatonischen Stupors den periodischen oder wahrscheinlich fortschreitenden Verlauf zu prognostieren, die Depressionszustände der Paralyse, der Melancholie, der Dementia praecox, des manisch-depressiven Irreseins beim ersten Beginne der Krankheit in ihrer Bedeutung für die Zukunft zu würdigen. In der praktischen Tätigkeit werden wir natürlich nicht immer das Richtige treffen, sondern uns häufig genug auch irren. Stets aber wird die Geschichte des einzelnen Falles die Wahrheit unfehlbar an den Tag bringen; sie wird uns bestätigend oder berichtigend zu immer klarerer Erfassung des Wesentlichen gegenüber dem Zufälligen und Nebensächlichen führen müssen. Dagegen kann eine Diagnose, die darauf verzichtet, mehr als eine Umschreibung einzelner Krankheitszeichen zu sein, überhaupt weder bewiesen noch widerlegt werden. Wer heute damit zufrieden ist, jede Psychose mit vorwiegender Verstandesstörung als Paranoia zu bezeichnen, lernt aus der weiteren Beobachtung schlechterdings nichts für künftige Fälle. Da seine Diagnose nichts enthält, was nicht auch jeder Laie sofort sehen könnte, so wird ihn die Zukunft nicht enttäuschen, aber sie wird ihm auch nichts offenbaren.

Dies sind in Kürze die Überlegungen, welche mich bewegen, in der Paranoiafrage eine grundsätzlich abweichende Stellung einzunehmen. Ich kann nur solche Krankheitsfälle für wesensgleich halten, welche, von gradweisen Unterschieden und besonderen

Zwischenfällen abgesehen, in der Hauptsache zu demselben Ende führen. Damit soll natürlich nicht gesagt sein, dass allgemein geheilte und ungeheilte, akut und chronisch verlaufende Fälle notwendig verschiedenen Krankheiten angehören müssen. Allerdings wird man bei solchen Unterschieden, die zweifellos weit wichtiger sind, als die landläufigen symptomatischen Kennzeichen, immer die Frage sehr sorgfältig zu prüfen haben, ob wirklich wesensgleiche oder nur äusserlich ähnliche Krankheitsvorgänge vorliegen. Niemand wird jedoch leugnen wollen, dass eine und dieselbe Krankheit vielleicht je nach ihrer Heftigkeit oder der Widerstandsfähigkeit des Erkrankten heute heilen und morgen zur Verblödung führen kann. Ist aber der ungünstige Ausgang eingetreten, so werden wir erwarten müssen, dass der Endzustand bei gleichartiger Erkrankung annähernd die gleichen Grundstörungen darbietet, wenn auch in verschiedener Ausprägung. Da uns die pathologische Anatomie gewöhnlich noch im Stich lässt, sehe ich zurzeit überhaupt keine andere Möglichkeit, die tiefere klinische Zusammengehörigkeit von Zustandsbildern zu beweisen. Wie unvollkommen unser Verständnis dieser letzteren selbst bei dem heutigen Stande unseres Wissens noch ist, dafür bringt jeder Tag demjenigen genügende Beweise, der die weiteren Schicksale seiner Kranken verfolgt.

Dass an sich eine Krankheit akute und chronische Verlaufsformen aufweisen kann, lehrt uns die Paralyse, die Dementia praecox und in gewissem Sinne auch das manisch-depressive Irresein. Überall jedoch sind hier die akuten Zufälle nur Abschnitte eines im Grunde chronischen Verlaufes; die Prognose hinsichtlich des Endzustandes bleibt darum grundsätzlich für jeden Krankheitsvorgang die gleiche. Gerade dieses Kennzeichen trifft aber für die Fälle von sogenannter akuter Paranoia nicht zu. Die Sichtung der diesem Bilde entsprechenden Krankheitsfälle nach genügend langer Beobachtungszeit lehrt unweigerlich, dass von Jahr zu Jahr eine immer grössere Zahl derselben ganz andersartigen Erkrankungen zufällt. Auf der anderen Seite zeigt diejenige klinische Form, deren Zugehörigkeit zur Paranoia am wenigsten bestritten ist, der Querulantenwahn, stets einen ausgeprägt chronischen Verlauf und, wie ich durchaus annehmen muss, einen ungünstigen Ausgang. Dass diese Fälle mit der „akuten Paranoia“

nichts, aber auch gar nichts gemein haben, als die Tatsache der Wahnbildung, deren klinische Belanglosigkeit uns überall wieder vor Augen geführt wird, kann wohl Niemand ernstlich in Abrede stellen. Aus allen diesen Gründen halte ich die Aufstellung einer akuten Paranoia für ein Unding, da sie weder eine eigenartige Ursache noch einen besonderen Verlauf und Ausgang, noch sonstige klinische Kennzeichen aufweist, die gestatten würden, sie von anderen Zustandsbildern irgendwie abzutrennen. Jedenfalls sollte man, wenn man trotzdem das Krankheitsbild aufrecht erhalten will, ihm nicht den Namen der Paranoia geben, weil dadurch wesentliche Merkmale der allgemein anerkannten Formen dieser Krankheit, die grundsätzliche Unheilbarkeit, das dauernde Fortbestehen der auftretenden Wahnbildungen, vollkommen verwischt werden.

Aber auch von der grossen Zahl chronischer Fälle, die man der Paranoia zuzurechnen pflegt, bedürfen, wie ich denke, diejenigen einer gesonderten Betrachtung, bei denen die Wahnbildung mit den Zeichen einer deutlichen geistigen Schwäche einhergeht. Wir sehen dabei die Wahnvorstellungen rasch sehr abenteuerliche Gestaltungen annehmen, widerspruchsvoll, ausserordentlich üppig oder sehr dürftig werden, sich vielfach verändern und wechseln, endlich nach kürzerer oder längerer Zeit in den Hintergrund treten und verblassen. Diese Zustandsbilder gehören wesentlich den hebephrenischen, katatonischen, senilen Erkrankungen an. Hier wie bei den Epileptikern und Alkoholikern, deren Wahnbildungen ich ebenfalls aus dem Krankheitsbilde der Paranoia ausschliessen möchte, haben wir es mit Formen des Irreseins zu tun, die durch ganz andersartige Grundstörungen gekennzeichnet sind; der Wahn ist nur ein einzelner und zwar ziemlich nebensächlicher Zug der mannigfaltigen Krankheitsäusserungen; er lässt auch in seiner Entwicklung und Gestaltung sowie in dem begleitenden Gesamtzustande der psychischen Persönlichkeit mehr oder minder deutlich die Besonderheit des zugrunde liegenden Krankheitsvorganges erkennen. Andererseits aber gibt es ohne Zweifel eine Gruppe von Fällen, bei denen die Wahnvorstellungen, wenn auch nicht das einzige, so doch das bei weitem hervorstechendste Krankheitszeichen bilden. Hier pflegt sich ganz langsam ein dauerndes, unerschütterliches Wahnsystem

bei vollkommener Erhaltung der Klarheit wie der Ordnung im Denken, Wollen und Handeln herauszuentwickeln. Diese Formen sind es, denen ich die Bezeichnung der Paranoia vorbehalten möchte. Sie führen mit Notwendigkeit zu einer tiefgreifenden Umwandlung der gesamten Lebensanschauung, zu einer „Verrückung" des Standpunktes, welchen der Kranke gegenüber den Personen und Ereignissen seiner Umgebung einnimmt.

Die Entwicklung dieser Krankheit scheint sich immer allmählich zu vollziehen. Den oft über Jahre sich erstreckenden Beginn bilden leichte Verstimmungen, Misstrauen, auch wohl unbestimmte körperliche Beschwerden und hypochondrische Befürchtungen. Der Kranke ist unzufrieden mit seiner Lage; er fühlt sich zurückgesetzt, glaubt sich vielleicht schon von seinen Eltern und Geschwistern nicht mit der rechten Liebe behandelt, sondern vielfach verkannt; man hat für seine Eigenart kein Verständnis. So entwickelt sich ein geheimer, allmählich wachsender Gegensatz zwischen ihm und seiner Umgebung; er steht seinen Angehörigen wie ein Fremder, als Mensch aus einer anderen Welt gegenüber; sein Verhältnis zu ihnen ist ein kaltes, äusserliches, unnatürliches, selbst feindliches. „Gott ist mein Vater und die Kirche meine Mutter", sagte ein Kranker, der durch häufiges Fasten das Irdische in sich abtöten und dadurch in ein inniges Verhältnis zu Gott kommen wollte. Er zieht sich daher von ihnen zurück, begegnet ihnen schroff, abweisend, sucht die Einsamkeit auf, um ungestört seinen Gedanken nachhängen zu können, beschäftigt sich mit unpassender und unverstandener Lektüre. Im Innern des Kranken besteht dabei eine tiefe Sehnsucht nach etwas Grossem und Hohem, ein geheimes Drängen nach kühner Betätigung, die stille Hoffnung auf ein unfassbares Glück. Mehr und mehr befestigt sich in ihm die Überzeugung, zu etwas „Besonderem" geboren zu sein. Er glaubt an seine „Bestimmung", an seine Mission, die er zu erfüllen hat. Alle praktischen Misserfolge können ihn dabei nicht entmutigen.

Nach und nach beginnen die krankhaften Ahnungen und Gedankenreihen auch seine Wahrnehmungen zu beeinflussen. Er macht die Bemerkung, dass man ihm bei dieser oder jener Gelegenheit nicht mehr so freundlich entgegenkommt wie früher, dass man zurückhaltender gegen ihn ist, ihm aus dem Wege geht und

trotz manchen, wie er meint, heuchlerischen Freundschaftsbeweises nichts mehr mit ihm zu tun haben will. Infolgedessen steigert sich seine Empfindlichkeit und sein Misstrauen; er beginnt, in einer harmlosen Bemerkung, einer zufälligen Gebärde, einem aufgefangenen Blicke Beleidigungen und versteckte Andeutungen einer feindseligen Gesinnung zu argwöhnen. Aus den Gesprächen der Tischgesellschaft entnimmt er, dass ein geheimes Einverständnis besteht; die gleichen Redewendungen werden mit auffallender Absichtlichkeit bei ganz bestimmten Gelegenheiten zu Tode gehetzt. Man pfeift in bemerkenswerter Weise gewisse Lieder, um damit auf kleine Erlebnisse in seiner Vergangenheit hinzuweisen, ihm Winke für sein Handeln zu geben. In Theaterstücken finden sich besondere Beziehungen auf sein Tun und Treiben; der Geistliche auf der Kanzel, ein Wahlredner macht „in der Bildersprache" nicht misszuverstehende Anspielungen über seine Person. Er begegnet plötzlich immerfort denselben Menschen, die ihn anscheinend beobachten, ihm wie zufällig folgen; man fixiert ihn, sieht ihn von der Seite an; man räuspert sich, hustet um seinetwillen, spuckt vor ihm hin oder weicht ihm aus; in öffentlichen Lokalen rückt man von ihm fort oder steht auf, sobald er erscheint, wirft ihm verstohlene Blicke zu und kritisiert ihn. Die Droschkenkutscher, Eisenbahnschaffner, Arbeiter unterhalten sich über ihn. Überall ist die Aufmerksamkeit auf ihn gerichtet; seine Kleidung wird trotz ihrer Ungewöhnlichkeit von zahlreichen Unbekannten nachgeahmt. Einzelne Bemerkungen, die er hat fallen lassen, werden sofort zur öffentlichen Parole. Einer meiner Kranken hatte Gelb als die Farbe des Verstandes bezeichnet; am nächsten Tage trug alle Welt gelbe Rosen, um ihm, da die Rose das Symbol des Schweigens ist, anzudeuten, dass er klug sein und schweigen solle. „Wer will all das aufzählen, was hier zu mir spricht!"

Alle diese Erfahrungen sind an sich ganz gleichgültigen Inhalts; sie erscheinen „jedem nicht Eingeweihten ganz natürlich", als Zufälligkeiten, aber der Kranke merkt nur zu deutlich, dass alles mit der ausgesuchtesten Schlauheit „gemacht" wird, dass es sich um die „künstliche Erzeugung von Zufällen" handelt, hinter der sich ein abgekarteter Handel, irgend ein niederträchtiger Anschlag verbirgt. Allerdings wird das ganze Spiel äusserst geschickt eingefädelt, um ihn zu täuschen und um ihm jede Mög-

lichkeit einer wirksamen Verteidigung gegen alle die versteckten Gemeinheiten, gegen das ganze Spionier- und Beobachtungssystem zu benehmen. So oft er jemanden offen zu Rede stellt und zu erkennen gibt, dass er alles durchschaut, tut man ganz unschuldig und erfindet allerlei Ausflüchte; man steuert nicht geradezu, sondern auf Umwegen dem Ziele zu, indem die wirklichen Zwecke nur in verschleierten Andeutungen berührt werden. Man kommt ihm freundlich entgegen, um seine Wachsamkeit zu täuschen, verwickelt ihn in eigentümliche Gespräche, macht ihm allerlei Vorspiegelungen mit Hintergedanken, deren wahren Sinn er sofort erkennt.

Von der ganz eigentümlichen Verschiebung, die sich in dem Verhältnisse des Kranken zur Aussenwelt vollzieht, gibt vielleicht eine Vorstellung die folgende Stelle aus dem Tagebuche eines Kranken, der sich von einem Geheimbunde zur Beförderung der Päderastie aufs Korn genommen glaubte:

„Dass eine Verbindung mit Zwecken, wie sie aus diesen Zeilen ersichtlich sind, alles aufbietet, um dieselben nicht in die Öffentlichkeit kommen zu lassen, und daher in versteckter oder symbolischer Form Propaganda zu machen sucht, ist einleuchtend. Da sie nun nicht sicher sein kann, welche Stellung der von ihr Beeinflusste der Sache gegenüber einnehmen wird, so sucht sie durch allerlei mit der Hauptbestrebung gleichsam parallel laufende, aber in sich unschuldige Kunstgriffe denselben zu verwirren, bezw. sich vor unliebsamen Enthüllungen zu schützen. So z. B. hatte ich mir damals, wie dies ja bei fast allen Menschen der Fall ist, einige stereotype Redensarten angewöhnt, unter anderem: „Gewiss!“ und „Kaum zu glauben“, und siehe da, ich fand diese beiden Sentenzen und noch manches andere in rascher Aufeinanderfolge als Überschrift einer Reklame fett gedruckt im Generalanzeiger. Daraus musste ich natürlich schliessen, dass das Zufall und mein Leben also tagtäglich aus lauter Zufällen zusammengesetzt sei, so dass es schliesslich das reinste phantastische Doppelleben geworden wäre. — Das ist allerdings kaum zu glauben! —“

Durch die fortgesetzte vorurteilsvolle Verarbeitung seiner Erfahrungen wird dem Kranken klar, dass eine weitverbreitete Verschwörung gegen ihn im Werke ist. Es werden Verleumdungen über ihn ausgestreut, er habe sich durch Ausschweifungen ein Nervenleiden zugezogen, sei syphilitisch, der Päderastie ergeben. Man hat seine Photographie in Bordells gesandt, um ihn dort als Stammgast hinzustellen; es wurden gefälschte Rechnungen veröffentlicht, als ob er täglich unsinnige Mengen Alkohol trinke. Das Essen schmeckt höchst verdächtig; der Tischnachbar erkrankt,

nachdem er zufällig aus dem für den Kranken bestimmten Glase getrunken hat. Man will ihn also aus dem Wege räumen, mit Gewalt unterdrücken, wahnsinnig machen, zu geschlechtlichen Ungeheuerlichkeiten, zur Onanie verführen. Diese Zwecke verfolgt, wie er annimmt, eine mit erstaunlichen Mitteln arbeitende Gesellschaft, der nicht nur alle möglichen Privatpersonen aller Stände, sondern auch Beamte, Gerichte, Zeitungsschreiber, Geistliche, Schriftsteller als geheime Agenten angehören. Die Triebfeder derselben sind entweder einzelne, bestimmte Personen, oder es handelt sich um einen allgemeinen Bund der Freimaurer, Sozialisten, welcher, durch furchtbare Eide zusammengehalten, aus besonderen Gründen den Kranken in seine Gewalt zu bringen trachtet.

Hand in Hand mit der Entwicklung des Verfolgungswahns gehen regelmässig Grössenideen. Bisweilen halten sich dieselben im Rahmen eines stark erhöhten Selbstgefühls. Schon die Ungeheuerlichkeit der ganzen Machtmittel, die der Kranke gegen sich aufgeboten wähnt, weist auf eine sehr bedeutende Überschätzung der eigenen Persönlichkeit, des vermeintlichen Mittelpunktes derartiger Kraftanstrengungen, hin. Der Kranke betrachtet sich als besonders veranlagt, genial, als bedeutenden Dichter, Musiker, Entdecker, Gelehrten, legt grossen Wert auf sein Äusseres, hält etwas auf sich, glaubt sich berufen, eine hervorragende Stellung in der Welt einzunehmen. Weiterhin aber schiesst vielfach nach jahrelangem, unklarem Grübeln in dem Kranken die siegreiche Ahnung hervor, dass er überhaupt nicht das rechte Kind seiner Eltern, sondern viel höherer und herrlicherer Abstammung sei. Den äusseren Anlass zur Entstehung dieser Wahnidee, welche sofort für ihn unzweifelhafte Gewissheit erlangt, gibt oft eine ganz gleichgültige Begebenheit. In einem Streite gebraucht der Vater einen heftigen Ausdruck, den er seinem wirklichen Kinde gegenüber niemals anwenden würde. Der Kranke merkt, dass seine Eltern im Nebenzimmer flüstern, bei seinem Eintritte erblassen, ihn mit besonderem Ernste begrüssen; es wird in seiner Gegenwart „bedeutungsvoll“ der Name einer hochgestellten Persönlichkeit genannt; auf der Strasse, im Theater blickt ihn irgend eine vornehme Dame aussergewöhnlich freundlich an; beim Beschauen des Bildes eines Grafen oder Für-

sten, der Büste Napoleons fällt ihm plötzlich eine überraschende Ähnlichkeit zwischen sich und jenem auf, oder endlich es wird ihm ein Brief in die Hände gespielt, zwischen dessen Zeilen er das grosse Geheimnis ohne Mühe herausliest.

Mit besonderer Genugtuung erkennt der Kranke, dass auch von seiner näheren und ferneren Umgebung die Überlegenheit seiner Person und seiner Stellung mehr oder weniger offen anerkannt wird. Man behandelt ihn, wohin er kommt, mit unverkennbarer Ehrerbietung; fremde Personen ziehen tief den Hut vor ihm; die königliche Familie sucht ihm möglichst oft zu begegnen; die Musik auf der Parade oder im Theater beginnt zu spielen, sobald er erscheint. In den Zeitungen, die ihm vom Kellner vorgelegt werden, in den Büchern, die ihm der Buchhändler zuschickt, findet er mehr oder weniger verblümte Anspielungen auf sein Schicksal; die Vorübergehenden auf der Strasse begleiten ihn mit beifälligen und beziehungsreichen Bemerkungen. Nicht selten vermag er bei gewissen Gelegenheiten das unmittelbare Eingreifen der Vorsehung in sein Lebensschicksal festzustellen. Aus den Veränderungen des Wetters, dem eigentümlichen Blinken der Sterne, aus dem Fluge der Vögel, aus der Kleidung der Menschen, die ihm begegnen, dem Papierfetzen, den er auf der Landstrasse findet, geht auf das klarste hervor, dass Gott in ganz besonderer Weise seine Hand über ihm hält und ihm Zeichen für sein Handeln gibt, die er ohne weiteres zu deuten versteht und auch mit freudiger Zuversicht auf das gewissenhafteste befolgt. Infolge aller dieser Erfahrungen entsteht ein ausgedehntes Netz geheimnisvoller Beziehungen, dessen Mittelpunkt der Kranke bildet. Er ist Thronerbe, Reformator, Friedensfürst, Messias, Gottesgebärerin, erhält seine Gedanken von Gott, wird zum auserwählten Werkzeuge des Himmels.

In manchen Fällen macht der Kranke die Bemerkung, dass eine wirklich oder vermeintlich durch hervorragende Stellung ausgezeichnete Person des anderen Geschlechts ihm gewogen ist und ihm eine nicht misszuverstehende Aufmerksamkeit schenkt (erotische Verrücktheit). Bisweilen ist es ein aufgefangener Blick, eine vermeintliche Fensterpromenade, eine zufällige Begegnung, welche diese verborgene Liebe dem Kranken zur Gewissheit werden lässt; häufiger jedoch erfährt er davon nur auf Umwegen durch

verblümte Anspielungen seiner Umgebung, Zeitungsanzeigen, ohne dass er vielleicht den Gegenstand seines Interesses jemals gesehen hat.

Sehr bald mehren sich die Zeichen des geheimen Einverständnisses. Jedes zufällige Erlebnis, Kleidung, Begegnungen, Lektüre, Gespräche gewinnen für den Kranken eine Beziehung zu seinem eingebildeten Abenteuer. Seine Liebe ist öffentliches Geheimnis und Gegenstand allgemeinster Aufmerksamkeit; überall spricht man davon, allerdings niemals mit klaren Ausdrücken, sondern immer nur in feinen Andeutungen, deren tiefen Sinn er aber sehr gut versteht. Natürlich muss diese ausserordentliche Liebe einstweilen geheim gehalten werden; darum erhält der Kranke alle Nachrichten nie auf geradem Wege, sondern stets durch Vermittlung anderer, durch die Zeitung und in Form versteckter Bemerkungen; auf dieselbe Weise weiss er sich durch gelegentliches Fallenlassen von Anspielungen mit dem Gegenstande seiner Liebe in Verbindung zu setzen. Der Flug der Tauben, die symbolisch ihn und die Geliebte darstellen, zeigt ihm, dass man ihn verstanden hat, dass er nach langen Kämpfen endlich sein Ziel erreichen wird; irgend eine Person, mit der er in Berührung tritt, erscheint ihm als die Erkorene, die sich verkleidet hat, um ihre Zuneigung der Welt zu verbergen, ja, eine geheime Ahnung vermag ihn bei einer derartigen Erkennungsscene über die handgreiflichsten Unähnlichkeiten, sogar über die Geschlechtsverschiedenheit hinwegzusetzen.

Dieser eigentümliche Wahn kann sich, besonders durch Vermittlung von verblümten Zeitungsanzeigen genährt, lange Zeit hindurch in der geschilderten Weise fortspinnen, ohne dass im sonstigen Tun und Treiben des Kranken, der ja seine Angelegenheit geheim zu halten sucht, etwas Verkehrtes hervortritt. Im weiteren Verlaufe gesellen sich nicht selten traumhafte Sinnestäuschungen, das Gefühl eines Kusses im Schlafe u. dergl. hinzu. Die ganze Färbung der Liebe ist dabei stets eine schwärmerische, romanhafte, häufig platonische, der eigentliche Geschlechtstrieb bei dem Kranken oft wenig oder in ungesunder Weise (Onanie) entwickelt. Zwischen die Zeiten seligen „Hangens und Bangens" schiebt sich bisweilen tiefe Zerknirschung ein, das Gefühl der Unwürdigkeit gegenüber dem mit allen möglichen Vorzügen aus-

geschmückten Ideale, Enttäuschung über unbegreifliche Zurückweisungen, unbestimmter Versündigungswahn.

Die Entstehung aller dieser Wahnbildungen vollzieht sich wesentlich auf dem Wege krankhafter Auslegung wirklicher Erlebnisse. Einmal werden tatsächliche Wahrnehmungen in vorurteilsvoller Weise gedeutet. Ganz gleichgültige Erfahrungen gewinnen für den Kranken eine geheime Beziehung zu seiner eigenen Person, wie das aus vielen der angeführten Züge klar erkennbar ist. Ein Fleck am Kleide, ein Loch im Stiefel ist nicht die Folge der gewöhnlichen Abnutzung, sondern eine sehr auffallende Tatsache, deren Zustandekommen nur durch ganz besondere Umstände, durch feindliche Machenschaften zu erklären ist. Schwindelgefühle, Ohrensausen, Hitze im Kopf, Bauchgrimmen beweisen auf das unzweideutigste einen Vergiftungsversuch; „ich weiss schon, was das ist". Namentlich in den Reden der Umgebung und im Lesestoffe fliesst diese Quelle reichlich. Stets ist es „die gewohnte Bildersprache"; „sie haben gemeint, ich versteh's nicht". Sehr häufig werden innere Zusammenhänge zwischen zwei zufällig aufeinander folgenden Ereignissen angenommen. Ein Kranker unterbreitete dem Badischen Ministerpräsidenten eine Karte, auf der die noch nicht besetzten Gebietsteile der Erde angezeichnet waren; unmittelbar darauf begann die deutsche Kolonialpolitik.

Weit seltener, als die wahnhafte Verarbeitung wirklicher Erfahrungen sind eigentliche Sinnestäuschungen. Nur in vereinzelten Fällen begleiten zahlreichere Sinnestäuschungen, namentlich des Gehörs oder Geruchs, längere Zeit den Krankheitsverlauf; in der Regel kommt nur hie und da einmal eine Gehörstäuschung vor, meist ein einzelnes Wort oder ein kurzer Satz: „Heinrich, Heinrich!" „der säuft"; „da kommt der stinkige Prophet". Personen am Nebentische stecken die Köpfe zusammen und flüstern sich Bemerkungen zu, die der Kranke deutlich versteht, da er „ein feines Gehör hat". Oder es fällt auf dem Spaziergange ein Schuss, und der Kranke hört die Kugel an seinem Kopfe vorbeipfeifen, fühlt auch wohl den Luftdruck. Aus der Luft sprüht ein feiner Giftregen auf ihn herab; eine plötzliche Beklemmung überfällt ihn, und dabei hört er eine warnende Stimme. Auch nächtliche Visionen kommen vor, das Sehen von Sternen, glän-

zenden Figuren, göttlichen Erscheinungen. Eine Verheissung ertönt; dem Kranken wird der Segen Esaus auf die linke, der Segen Jakobs auf die rechte Schulter verliehen. Stets pflegt es sich hier nur um vereinzelte Erlebnisse zu handeln, die auch von dem Kranken regelmässig als ganz besondere, aus dem Rahmen der gewöhnlichen Erfahrung herausfallende Vorkommnisse aufgefasst werden.

Bei der Gestaltung der Wahnvorstellungen im einzelnen spielen hier, wie mir scheint, vielfach Erinnerungsfälschungen eine grosse Rolle; auch manche der anscheinenden hallucinatorischen Erlebnisse mögen in Wirklichkeit diesen Ursprung haben. Indem der Kranke die Erfahrungen seiner Vergangenheit durchmustert, fällt es ihm wie Schuppen von den Augen. Mit voller Klarheit treten ihm eine Menge von Einzelheiten entgegen, die er früher gar nicht beachtet hat, die aber jetzt plötzlich eine hohe Bedeutung für ihn gewinnen. Sein Gedächtnis schärft sich, wie er meint, in erstaunlichem Masse, so dass sein ganzes vergangenes Leben wie ein aufgeschlagenes Buch vor ihm liegt. Der Kranke weiss noch ganz genau, wie er als kleines Kind seinen wirklichen Eltern aus einem schönen Schlosse geraubt, in der Welt herumgeschleppt und schliesslich bei seinen falschen Eltern untergebracht wurde. Vielfache Äusserungen und Handlungen dieser letzteren, der Zuschnitt und die Farbe seiner Kleidung, die Behandlung in der Schule, prophetische Träume, alle kleinen und grossen Ereignisse seines Lebensganges haben von seiner frühesten Jugend an auf seine Abstammung, seinen zukünftigen hohen Beruf hingewiesen. Ein wenig gebildeter Kranker schilderte genau die Villa seines Vaters, der Hannöverscher Finanzminister gewesen sei und sich Windthorsts Plänen widersetzt habe. Als man ihm nachwies, dass es einen Minister seines Namens niemals gegeben habe, behauptete er, man habe aus Feindschaft sämtliche alte Staatshandbücher aus Hannover vernichtet und gefälscht neugedruckt, um den Namen seines Vaters auszumerzen. Bisweilen kann man es unmittelbar verfolgen, wie derartige Erinnerungen in dem Kranken auftauchen und sich festsetzen. Ein Kranker meinte, schon früher sei alles wahr geworden, was er sich dachte.

Die gemeinsame Eigentümlichkeit aller. auf den verschie-

densten Wegen entstandenen Wahnbildungen ist ihre grundsätzliche Unerschütterlichkeit, die einerseits auf ihrer Gefühlsbetonung, andererseits auf einer gewissen Urteilsschwäche der Kranken beruhen dürfte. Obgleich sie vielleicht selbst zugeben, dass sie selten oder nie den zwingenden Beweis für die Richtigkeit ihrer Auffassung erbringen können, prallt doch jeder Versuch, sie von der Wahnhaftigkeit ihrer Ideen zu überzeugen, wie an einer Mauer ab. Man geht eben so schlau vor, dass sich die Erkenntnis des inneren Zusammenhanges aller der scheinbaren Zufälligkeiten nur vom Standpunkte jener subjektiven Überzeugung aus gewinnen lässt, „die einmal unerschütterlich bestand und bestehen wird“, wie ein Kranker sagte. „Ich lebe in der Einbildung, dass das keine Einbildung ist.“ Der Kranke fühlt daher auch bisweilen, dass ein Uneingeweihter seinen Gedankengängen nicht überall folgen kann, und fürchtet dann, dass seine Verfolger sich diese Sachlage zunutze machen möchten, um ihn für einen mit Verfolgungswahn Behafteten zu erklären. Von einer Krankheitseinsicht ist niemals die Rede; ein Kranker meinte zwar, er wisse jetzt selbst, dass er geisteskrank sei, denn

„so lange sich ein Mensch von dem heiligen lebendigen Gott, seinem Schöpfer und Erhalter, noch durch Sünde und Schuld oder seinen eigenen inneren bösen Geist, welcher von Fressen und Saufen lebt, noch geschieden weiss, also sich mit Gott im Geiste noch nicht eins weiss und in seinem Gewissen darum noch nicht durch den heiligen Geist gerechtfertigt fühlt, ist es selbstverständlich, dass er sich geisteskrank fühlen muss.“

Das ist natürlich keine Krankheitseinsicht, sondern eine verrückte Begriffsauslegung, hinter der deutlich die Anmassung einer besonders strengen und rechtgläubigen Auffassung des Verhältnisses zu Gott erkennbar ist. Nicht selten bestehen allerlei hypochondrische Klagen, über Nervosität, Kopfdruck, Verdauungsschwäche, für die gern die ärztliche Behandlung verantwortlich gemacht wird; die Kranken nehmen daher wohl zu allerlei absonderlichen, zum Teil selbsterfundenen Kuren ihre Zuflucht.

Die Stimmung des Kranken steht mit seinen Wahnvorstellungen in innigstem Zusammenhange. Er empfindet die vermeintlichen Verfolgungen als eine Art „geistiger Folter“, fühlt sich dauernd beunruhigt und gequält, wird argwöhnisch, menschenscheu, gereizt. Andererseits sind die Kranken selbstzufrieden, anmassend, hochfahrend und rechthaberisch. Oft wechselt die

Stimmung aus wahnhaften Anlässen. Einen sonst sehr selbstbewussten Kranken fand ich eines Tages ängstlich und am ganzen Leibe zitternd, da er aus einem zufällig gehörten Schimpfworte den Schluss gezogen hatte, dass man ihn eines vor Jahren vorgekommenen Mordes beschuldige. Bisweilen tauchen auch plötzlich Selbstmordgedanken auf.

Das Handeln und Benehmen der Kranken kann verhältnismässig lange ohne deutlichere Störung bleiben. Allerdings erscheint ihre gesamte Lebensführung oft sonderbar und unverständlich. Ein Kaufmann, der sich in Amerika ein kleines Vermögen erworben hatte und krank von dort zurückgekehrt war, verzehrte dasselbe allmählich, bis er der Armenpflege anheimfiel, zu stolz, um eine seiner hohen Selbstschätzung nicht angemessene Arbeit zu übernehmen. Nun erst stellte sich heraus, dass er seit fast 20 Jahren an ausgeprägten Verfolgungs- und Grössenideen litt. Trotz guter Anlagen bringt der Kranke doch nichts Rechtes fertig, sondern hat überall Misserfolge, macht Ausgaben, die weit über seine Verhältnisse hinausgehen, beschäftigt sich mit absonderlichen Fragen, baut an einem Perpetuum mobile, an einem lenkbaren Luftschiffe mit nie entmutigter Zuversicht herum. Da er überall Geheimbündelei vermutet, hält er nirgends lange aus, zieht sich zurück, schreibt an fremde Personen beleidigende Briefe, führt gelegentlich Auftritte mit seinen Freunden und Verwandten herbei, die diesen gänzlich unverständlich bleiben. Viele dieser Kranken sind jedoch imstande, ihre Kämpfe und Wünsche dauernd derart in sich zu verschliessen, dass nur der Eingeweihte über den Krankheitszustand ins klare kommt und im täglichen Lebensgange keine krankhaften Handlungen ohne weiteres erkennbar sind. Dennoch fällt wohl hier und da einmal eine rätselhafte Äusserung, eine unbegreifliche Handlung des Kranken auf, merkwürdige Lebensgewohnheiten, ungewöhnliche Kleidung, schwärmerische Vorliebe für gewisse einseitige religiöse, künstlerische, populär-wissenschaftliche Bestrebungen, allein man pflegt alle diese Dinge berechtigten Eigentümlichkeiten einer stark entwickelten Persönlichkeit oder einfachen Charakterfehlern zuzuschreiben, ohne die tiefere Bedeutung derselben zu durchschauen.

Um sich den Verfolgungen und fortgesetzten Anzapfungen zu

entziehen, wechselt der Kranke plötzlich unter nichtigem Vorwande seine Stellung, oder er begibt sich auf Reisen. Dieses Mittel hilft nicht selten für einige Zeit. Allein sehr bald bemerkt er, dass man ihm wie einer bereits angemeldeten Persönlichkeit begegnet, über ihn und sein gesamtes Vorleben vollständig unterrichtet ist. In allerlei Andeutungen spinnen sich geheime Fäden aus seiner früheren in die jetzige Umgebung hinein. Man spioniert ihm überall nach; einzelne Personen, die er trotz vermeintlicher Verkleidung, falscher Bärte, gefärbter Haare überall wiedererkennt, folgen ihm auf Schritt und Tritt, überwachen ihn beständig, so dass seine Lage oft „schlimmer ist, als die eines steckbrieflich Verfolgten“. Seine Vorstellungen von der Ausdehnung und den Machtmitteln der ihn verfolgenden Bande erweitern sich dabei allmählich immer mehr. Zugleich wird seine Fähigkeit zu andauernder sachlicher Beschäftigung, zur regelmässigen Erfüllung bestimmter Berufspflichten durch die fortwährende gemütliche Beunruhigung empfindlich beeinträchtigt, auch wenn seine Verstandesleistungen an sich keine gröberen Störungen erkennen lassen.

In dem Gefühle wachsender Unsicherheit sucht er vielleicht in Form von Zeitungsanzeigen oder Flugblättern das schändliche Spiel seiner Gegner öffentlich zu brandmarken und sich gegen die versteckten Anschuldigungen zu verteidigen. Er reicht auch wohl eine Verleumdungsklage ein, ruft die Hilfe der Behörden, der Staatsoberhauptes an. Oder er greift zur Selbsthilfe, ohrfeigt einen vermeintlichen Spion im Wirtshause, sucht einen Verleumder niederzuschiessen, die öffentliche Aufmerksamkeit durch eine auffallende Handlung auf seine Person und seine gefährdete Lage zu lenken. Auch Selbstmordversuche kommen vor. Die Grössenideen können den Kranken veranlassen, sich seinen vermeintlichen hohen Eltern, seiner erlauchten Braut zu nähern, anfangs vielleicht auf allerlei Umwegen, indem er an ihrem Hause vorübergeht, Fremden gegenüber geheimnisvolle Andeutungen fallen lässt, von denen er überzeugt ist, dass sie richtig verstanden und an die bestimmte Adresse befördert werden. Er schreibt einen Brief und, da derselbe erfolglos bleibt, einen zweiten und dritten, macht schliesslich den Versuch, persönlich zu den in sein Wahnsystem verflochtenen Personen und Behörden vorzu-

dringen. Bei mehr religiöser Färbung des Grössenwahns tritt der Kranke öffentlich als Apostel hervor, sucht sich eine Gemeinde zu gründen, einen neuen Gottesdienst in eigenartigen Formen einzuführen, predigt in Wort und Schrift, unterbricht den Geistlichen in der Kirche.

Vielfach führen absonderliche oder gefährliche Handlungen verschiedenster Art zur Verbringung des Kranken in die Irrenanstalt. Dieses Ereignis ist für ihn ein neuer hinterlistiger Streich seiner Gegner, die ihm schon längst angedeutet haben, dass er mit Wahnsinn endigen müsse. Zunächst fügt er sich, da er sicher ist, dass man seine geistige Gesundheit bald erkennen werde. In allen seinen Äusserungen hält er sich sehr zurück, weicht eindringlicheren Fragen aus und verbirgt oft lange Zeit das Nest seiner Wahnideen hinter einem äusserlich tadellosen Benehmen, bis ihm ein besonderer Anlass, eine gemütliche Erregung dieselben herauslockt. Allmählich wird ihm jedoch klar, dass sich das versteckte Verfolgungssystem auch in der Anstalt fortsetzt. Die Ärzte sind gedungen, ihn unschädlich und womöglich wirklich geisteskrank zu machen, da man ihm auf andere Weise nicht beizukommen vermochte. Kleine Reibereien und Unannehmlichkeiten, Änderungen im Befinden, gelegentliche Bemerkungen zeigen ihm, dass die Anfechtungen und Einschüchterungen auch von der neuen Umgebung ins Werk gesetzt werden. Seine Mitpatienten sind gar nicht krank, sondern bestochene Simulanten oder Polizeispione, welche ihn durch ihr Verhalten, ihre unsinnigen Streiche „prüfen" sollen. Er dringt daher sehr nachdrücklich auf seine Entlassung, schreibt Briefe über Briefe, um dieselbe zu verwirklichen, verfasst Beschwerden wegen widerrechtlicher Freiheitsberaubung, macht Fluchtversuche und führt nicht selten den erbitterten Kampf um seine Menschenrechte mit grossem Geschicke und äusserster Hartnäckigkeit.

Oder aber der Kranke erkennt, dass der Aufenthalt in der Anstalt nur ein notwendiges Glied in der Kette der Prüfungen darstellt, die er bestehen muss, um am Ende zu seinem hohen Ziele zu gelangen. Ja, bei genauerem Nachdenken ergibt sich ihm klar, dass schon in seiner Vergangenheit vielfache Hinweise auf dieses Fegefeuer der Irrenanstalt enthalten waren. Weit entfernt daher von Mutlosigkeit und Verzweiflung, schöpft er

aus dem pünktlichen Eintreffen alles dessen, was das Schicksal vorher mit ihm bestimmt hatte, neue Hoffnung auf die Erreichung auch seiner letzten und höchsten Ziele. Eine besondere Bestätigung findet diese seine Auffassung nicht selten in der alsbald von ihm gemachten Wahrnehmung, dass auch in der Anstalt die geheimnisvollen Andeutungen über seine glänzende Zukunft nicht ausbleiben. Er wird mit besonderer Aufmerksamkeit behandelt; man giesst ihm Rosenöl in sein Badewasser, sagt ihm verblümte Schmeicheleien, spielt ihm Zeitungen und Bücher in die Hand, deren Inhalt sich auf ihn bezieht. Es kann ihm daher nicht entgehen, dass die Ärzte ihn nur „auf höheren Befehl" zurückhalten und gar nicht daran denken, ihn wirklich für krank anzusehen. Unter seinen Mitkranken entdeckt er sehr hochgestellte Persönlichkeiten, die man unter falschem Namen zu seiner Gesellschaft mit in die Anstalt versetzt hat.

Der weitere Verlauf der Krankheit ist regelmässig ein sehr langsamer, meist viele Jahre hindurch fast stillstehender. Die Kranken bleiben ruhig, besonnen, bewahren andauernd eine äusserlich geordnete Haltung und vermögen sich vielfach sogar recht gut geistig zu beschäftigen. Ein einfacher Bauernsohn, der sich für den Kaiser und Papst in einer Person, späterhin sogar für unsterblich hielt, lernte im Laufe einiger Jahre unter meinen Augen mit äusserst unzulänglichen Hilfsmitteln nicht weniger als acht verschiedene alte und neuere Sprachen leidlich lesen, um sich die für seinen hohen Beruf nötige Bildung zu verschaffen. Andere sind künstlerisch oder schriftstellerisch tätig, sogar mit Erfolg, oder sie vermögen doch wenigstens ihren Lebensunterhalt zu verdienen, werden nur für eigentümliche Käuze gehalten, da sie ihre Wahnvorstellungen sorgfältig in sich verschliessen. Vielfach führen sie freilich ein unstetes, abenteuerliches Leben voller Unbegreiflichkeiten oder Absonderlichkeiten. Erst im Laufe von mehreren Jahrzehnten pflegt sich eine langsam zunehmende psychische Schwäche geltend zu machen, Nachlassen der geistigen Regsamkeit unter ganz allmählicher Weiterbildung des Wahnsystems. Irgendwelche körperliche Störungen, insbesondere Schwankungen des Gewichtes, pflegen die Krankheit nicht zu begleiten; sie können nur einmal durch zufällige Nebenumstände herbeigeführt werden.

Die Häufigkeit der hier beschriebenen Form des Irreseins erreicht nach meinen Erfahrungen lange nicht 1% der Aufnahmen, namentlich wohl deswegen, weil die Mehrzahl der Kranken nicht oder nur vorübergehend anstaltsbedürftig wird. Männer scheinen in höherem Masse beteiligt zu sein, als Frauen. Erbliche Veranlagung zu Geistesstörungen dürfte eine erhebliche Rolle spielen. Im übrigen werden widrige Lebensschicksale, Enttäuschungen, Einsamkeit, der Kampf mit Not und Entbehrung als Ursachen aufgeführt; oft sind sie aber wohl mehr als Folge des schon lange Zeit unzweckmässigen Verhaltens der Kranken anzusehen. Meist tritt die Krankheit zwischen dem 25. und 40. Lebensjahre auf. Allerdings hat Sander unter dem Namen der originären Paranoia eine Form beschrieben, bei der nach seiner Anschauung die Krankheit bis in die Jugendzeit zurückreichen sollte. In der Tat hört man nicht selten von solchen wie von anderen wahnbildenden Kranken, dass schon ihre früheste Jugend von Ahnungen und Wahrnehmungen erfüllt gewesen sei, die auf ihre hohe Geburt und auf die mächtigen Feinde hingewiesen hätten. Ich habe mich indessen allmählich davon überzeugen können, dass sich in diesen Fällen der Beginn der Krankheit mit einiger Sicherheit höchstens bis in die erste Hälfte des 3. Lebensjahrzehntes verfolgen lässt. Alle weiter in die Vergangenheit hineinreichenden Erzählungen der Kranken sind nachträgliche Erfindungen. Neisser hat geradezu als kennzeichnendes Merkmal der von Sander geschilderten Gruppe das dort in der Tat besonders häufige Krankheitszeichen der Erinnerungsfälschungen bezeichnet und die Unterscheidung einer „konfabulierenden Paranoia“ vorgeschlagen. Es erscheint mir indessen nicht möglich, unter diesem Gesichtspunkte eine einheitliche Gruppe von Krankheitsfällen gegenüber anderen Formen abzugrenzen. Meist handelt es sich zudem bei den „originären“ Fällen um rasch verblödende Hebephrenie.

Die Erkennung der Krankheit hat bei aufmerksamer Beachtung der langsamen Entwicklung, der eigentümlichen, zusammenhängenden Wahnbildung, der ausgezeichneten Erhaltung des Verstandes sowie der Ordnung in Gedankengang, Benehmen und Handeln kaum irgendwelche Schwierigkeiten. Allerdings können vorübergehend eine Reihe von ganz andersartigen Erkrankungen ein ähnliches Bild darbieten. Dahin gehören vor allem die wahn-

bildenden Formen der Dementia praecox. Wie schon früher angedeutet, möchte ich für die Abgrenzung besonderes Gewicht auf das Fehlen einer selbständigen Willensstörung bei unseren Kranken legen. Bei der Dementia praecox begegnen wir dieser Grundstörung in den mannigfaltigsten Formen immer wieder, im Negativismus und Stupor, in der Stereotypie und Manieriertheit, in der Befehlsautomatie und Impulsivität. Von allen diesen Zügen ist hier keine Spur zu finden. Vielmehr benehmen sich die Kranken dauernd vollkommen natürlich und sachgemäss; ihr ganzes Verhalten ist aus ihrem Wahne vollkommen verständlich und zeigt nirgends jene Störung und Verschiebung des Zusammenhanges zwischen Wahrnehmung, Denken, Fühlen und Handeln, die das Bild der Dementia praecox so sehr eigentümlich gestaltet. Insbesondere fehlen auch Stupor und triebartige Erregungszustände ganz; ich bin wenigstens nicht zweifelhaft, dass Fälle mit solchen Erscheinungen nicht der Paranoia in dem hier umschriebenen Sinne angehören. Ferner glaube ich, mich nicht zu täuschen, wenn ich annehme, dass mit dem Fehlen der selbständigen Willensstörung bei der Paranoia dasjenige des körperlichen Beeinflussungswahnes in engster Beziehung steht. Die Vorstellung, dass fremde Gewalten auf dem Wege der Telepathie in das Getriebe des eigenen Körpers, in Empfindungen, Gedanken, Willenshandlungen eingreifen, ist, wie mir scheint, gerade nichts anderes, als der Ausdruck eben jener Willensstörung, die auch in dem ganzen äusseren Verhalten der Kranken mit Dementia praecox erkennbar wird. Bei der echten Paranoia habe ich den Wahn angetroffen, etwa durch Gifte in den Speisen beeinflusst zu werden, niemals dagegen die Vorstellung, der unfreie Spielball unmittelbarer Einwirkungen durch Andere zu sein. Die Beeinträchtigungsideen können äusserst abenteuerlich und unwahrscheinlich sein, aber sie halten sich doch, wie die Grössenvorstellungen, immer im Rahmen natürlicher und möglicher, hie und da einmal visionärer Vorgänge. Die eigene körperliche und psychische Persönlichkeit kann wohl leiden oder wachsen, Gegenstand des Hasses oder Träger hoher Würden sein, aber sie bleibt in ihrem innersten Wesen, was sie war. Der Kranke wird nur aufgeklärt über die Rolle, deren Träger er ist, über die feindlichen Nachstellungen wie über die Verheissungen und Ansprüche,

aber er selbst unterliegt keiner Wandlung wie so häufig in der Dementia praecox. Die Krankheit vernichtet und verändert hier also nicht den Kern der Persönlichkeit, sondern sie erzeugt nur eine krankhaft verfälschte Weltanschauung. Damit hängt es auch wohl zusammen, dass die Wahnvorstellungen mehr oder weniger eingehend begründet, geistig weiter verarbeitet, dass Einwände scharfsinnig, wenn auch vielleicht durch Trugschlüsse, widerlegt werden. Von seinen wahnhaften Voraussetzungen aus bildet sich der Kranke eine zusammenhängende Vorstellung von den Ereignissen, verknüpft seine Beobachtungen untereinander, fasst seine Entschlüsse auf Grund von Überlegungen und nach bestimmtem Plane. Er ist daher imstande, folgerichtig zu handeln, sich hartnäckig und bis zu einem gewissen Grade zweckmässig zu verteidigen, seine Ziele leidenschaftlich und rücksichtslos zu verfolgen. Insbesondere empfindet er die Freiheitsberaubung oder Entmündigung als eine schwere Unbill und wird nicht müde, mit allen Mitteln gegen dieselbe anzukämpfen. Dem gegenüber finden wir bei der Dementia praecox Zerfahrenheit des Denkens, Stumpfheit oder sinnlose Gereiztheit, Verschrobenheit und Triebartigkeit des Handelns bei Verlust der geistigen Regsamkeit und Tatkraft. Dass auch die Sinnestäuschungen bei dieser Krankheit weit stärker in den Vordergrund zu treten pflegen, sei nur nebenbei erwähnt.

Nur zum Teil gelten die im vorstehenden gezogenen Abgrenzungen für jene Fälle, in denen wir es mit einem einfachen Residualwahn zu tun haben. Hier können den Kranken die Zeichen einer Willensstörung vollkommen fehlen, auch wenn sie auf der Höhe der Erkrankung vorhanden gewesen sind. Dafür vermissen wir jedoch bei diesen Kranken, die sich natürlich benehmen und beschäftigen, auch an ihren Wahnvorstellungen festhalten, jede Fortentwicklung dieser letzteren. Die wahnhaften Ereignisse liegen hinter ihnen, spinnen sich nicht in die Gegenwart hinein fort und beeinflussen nicht das zukünftige Handeln. Auch die hier und da beobachteten unberichtigten Wahnvorstellungen der Epileptiker tragen die Züge eines Residualwahnes, der seine Bedeutung für den jetzigen Zustand der Kranken verloren hat. Auf der Höhe ihrer Entwicklung werden neben den Zeichen der Epilepsie überhaupt ihre akute Entstehungsweise und das Vorherrschen von

Sinnestäuschungen die Unterscheidung von der Paranoia gestatten, die späterhin durch das Verblassen des Wahnes und der begleitenden reizbaren Verstimmung gesichert wird. Ähnliches gilt für die Wahnbildungen der Trinker, deren Fortentwicklung wesentlich von der Einwirkung des Alkohols abhängig ist; sie stehen still oder gehen sogar zurück, sobald den Kranken die Möglichkeit der Trinkens genommen wird, während der Wahn der Paranoiker durch die Verbringung in die Anstalt nur neue Nahrung findet. Bei den schweren Formen des Trinkerwahns stellen sich übrigens vielfach auch Sinnestäuschungen ein, die zu der Vorstellung telepathischer Zusammenhänge führen. Zudem sind die Kranken willensschwach und wenig geneigt zu selbständiger Tätigkeit. Die Fälle von manisch-depressivem Irresein endlich, die durch ihre ausgebreiteten Wahnbildungen an die Paranoia erinnern, werden sich bei genauerer Beobachtung doch immer durch die Andeutungen jener Störungen erkennen lassen, die wir als die grundlegenden Zeichen jener Krankheit früher ausführlich besprochen haben.

Die Behandlung unserer Kranken hat nur die Aufgabe, sie durch Ablenkung und Beschäftigung möglichst von der Versenkung in ihre Wahnvorstellungen abzuhalten. Vielfach gelingt das unter günstigen Verhältnissen Jahrzehnte lang so gut, dass die Kranken trotz der ausgeprägtesten Wahnbildungen doch imstande sind, ohne allzu grosse Schwierigkeit in der Freiheit zu leben. Die Zurückhaltung in der Anstalt vertragen sie regelmässig sehr schlecht; man wird daher bestrebt sein, ihnen, soweit es irgend angeht, diese Beschränkung zu ersparen. —

Eine ganz eigenartige Entwicklungsform der Verrücktheit bildet der Querulantenwahn*). Den Grundzug im Krankheitsbilde liefert hier die Vorstellung der rechtlichen Benachteiligung und der leidenschaftliche Drang, gegen das vermeintlich erlittene Unrecht bis auf das äusserste anzukämpfen. In der Regel knüpft sich jene Vorstellung an irgend einen wirklichen Nachteil an, den der Kranke, meistens in einem Rechtsstreite

---

*) Hitzig, Über den Querulantenwahnsinn, 1895; Köppen, Archiv f. Psychiatrie, XXVIII, 221; Charitéannalen, XIX; ebenda, XX; Meyer, Friedreichs Blätter f. gerichtl. Medicin, 1903; Pfister, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LIX, 589.

und mit vollem Rechte, erlitten hat. Bei dieser Gelegenheit stellt sich heraus, dass ihm die Fähigkeit fehlt, sein Unrecht einzusehen. Er ist ausserstande, die Sachlage unparteiisch zu betrachten, auch den gegnerischen Standpunkt zu würdigen, und verlangt ohne weiteres die allgemeine Anerkennung seiner persönlichen Auffassungen und Wünsche. Der Widerstand, auf den er dabei stösst, meist auch greifbare Nachteile, die ihm erwachsen, befestigen in ihm die Ansicht, dass ihm bitteres Unrecht geschehen sei, gegen das er sich mit allen Mitteln auflehnen müsse. Es liegt auf der Hand, dass der Gedanke, auf jeden Fall die Anerkennung der eigenen Rechtsansprüche zu erzwingen, an sich ein vollkommen gesunder genannt werden muss. Was den Querulanten kennzeichnet, ist der Mangel an Verständnis für das wirkliche Recht, die einseitige Betonung der persönlichen Interessen gegenüber dem höheren Gesichtspunkte des allgemeinen Rechtsschutzes. „Er sucht das Recht, kann es aber nicht finden,“ sagte ein Zeuge im Entmündigungsverfahren sehr bezeichnend von einem Querulanten.

Ihre tiefere Grundlage hat die Entwicklung einer derartig schiefen Auffassung immer in einer Unzulänglichkeit des Urteils. Tatsächlich lässt sich diese Störung regelmässig bei Querulanten nachweisen. Sie zeigt sich namentlich in der vollkommenen Unbelehrbarkeit dieser Kranken. Selbst die handgreiflichsten Beweisstücke machen nicht den geringsten Eindruck auf sie, ja sie werden gar keiner eigentlichen Prüfung gewürdigt. Die Kranken hören die an sie gerichteten Auseinandersetzungen wohl ruhig mit an, geben zu, was nach ihrer Ansicht unverfänglich ist, entziehen sich jedoch jedem logischen Zwange dadurch, dass sie als Antwort einfach ihre früheren Ansichten wiederholen oder alle Einwendungen durch einen gänzlich untriftigen Gegenbeweis abschneiden. „Ich bleibe bei meiner Sache stehen; was geschrieben ist, ist geschrieben.“ Selbst die Gewährung der vom Kranken geforderten Genugtuung vermag ihn nicht zu befriedigen. Einer meiner Kranken, der sich auf Grund einer Äusserung des Richters „amtlich für närrisch erklärt“ glaubte, machte diese Behauptung zum Ausgangspunkte eines erbitterten Kampfes gegen die Behörden, obgleich ihm wiederholt, sogar vom Ministerium, dargelegt wurde, dass gar nichts gegen ihn geschehen sei, und ob-

wohl man sich von allen Seiten bemühte, ihn durch freundliches, schonendes Entgegenkommen zu beruhigen; er wies kurzerhand jeden Versuch, ihm zu helfen, zurück, „solange die amtliche Närrischerklärung nicht aufgehoben sei". Durch diese Unerschütterlichkeit kennzeichnet sich die Vorstellung rechtlicher Benachteiligung schon von vornherein als Wahn. Alle der eigenen Ansicht entgegenstehenden Aussagen werden ohne weiteres für unglaubwürdig und erlogen erklärt; die fremden Zeugen sind meineidig, bestochen. Demgegenüber beruft sich der Kranke bei jeder seiner Behauptungen auf eine Menge namhaft gemachter Zeugen, die indessen gar keine oder ganz belanglose Angaben zu machen wissen und dann verleugnet werden, weil sie nicht recht ausgesagt haben. An ihre Stelle treten gewöhnlich andere und wieder andere, von denen der Kranke besonders wichtige Aufschlüsse in Aussicht stellt, um stets von neuem in seiner Erwartung betrogen zu werden.

Aus der Quelle des Wahnes entspringt auch die eigentümliche Leichtgläubigkeit der Querulanten, die in bemerkenswertem Gegensatze zu ihrer Unbelehrbarkeit steht. Jede Klatschgeschichte, jedes Gerücht, jede beliebige Rederei gilt ihnen sofort als unumstössliche Gewissheit, sobald sich ihr Inhalt in den eigenen Vorstellungskreis einfügt. So unzugänglich sie gegenüber den schlagendsten Einwänden sind, so empfänglich erweisen sie sich für jede üble Nachrede über ihre Gegner. Sie halten sich nicht nur für berechtigt, ohne die geringste Prüfung daran zu glauben, sondern sie auch in der schärfsten und übertriebensten Form weiter zu verbreiten. Die eingehendsten und wohlwollendsten Belehrungen über die Rechtslage von wirklich Sachverständigen fruchten bei ihnen nichts, sobald sie ihrer Auffassung zuwiderlaufen; dagegen bauen sie felsenfest auf die Bestätigung dieser letzteren, welche ihnen „rechtskundige Männer" im Dorfe gegeben haben.

Die Auffassung und das Gedächtnis des Querulanten erscheint zunächst ungestört, ja man ist oft sogar über die Genauigkeit erstaunt, mit welcher der Kranke umfangreiche Aktenstücke, Verhöre, Gesetzesstellen, anscheinend wörtlich, auswendig herzusagen weiss. Bei eingehenderer Prüfung findet man jedoch sehr häufig, dass der Kranke den Sinn seiner Ausführungen durchaus nicht

verstanden hat und die klarsten Sätze in ganz verschrobener Weise ausdeutet, sogar in ihr Gegenteil verkehrt. Ausserdem laufen, namentlich bei der Wiedergabe von Unterredungen, die gröbsten Unrichtigkeiten mit unter, von denen sich schwer sagen lässt, ob sie durch ursprüngliche Missverständnisse oder durch nachträgliche Fälschungen der Erinnerung entstanden sind. Zweifellos kommt auch das letztere vor; man hat bisweilen Gelegenheit, unmittelbar zu beobachten, wie sich eine Erzählung bei häufiger Wiedergabe immer mehr im Sinne des Wahnes verändert. Ein Kranker behauptete hartnäckig, ich habe ihn vor Gericht für gesund erklärt und gesagt, die Geisteskrankheit werde erst in 3—4 Jahren ausbrechen. Er hielt an dieser Behauptung trotz meiner Ableugnung dauernd fest. Bei einem anderen Kranken wuchs die Summe, um die er geschädigt sein wollte, sehr rasch von 1200 auf 10000 Gulden an; eine Geldschuld, die er anfangs zugab, behauptete er späterhin, bereits vor Jahren abgetragen zu haben.

Wenn die ersten Anfänge des Querulantenwahnes wegen ihrer Anknüpfung an tatsächliche Vorkommnisse für die oberflächliche Betrachtung als Ausfluss eines besonders empfindlichen Rechtsgefühls erscheinen können, so tritt nach und nach die krankhafte Natur jener Gedankengänge immer deutlicher hervor. Die Unmöglichkeit, sein vermeintliches Recht zu erlangen, beweist dem Kranken, dass die Zeugen meineidige Schurken, die Richter und Behörden eine Bande von Räubern und Spitzbuben sind, die alle zusammenhalten, um ihn zu unterdrücken und ihre eigenen Schlechtigkeiten nicht an den Tag kommen zu lassen. „Dem hilft alles," sagt er von seinem Gegner. Man ladet seine Zeugen nicht, die nunmehr ganz gewiss glänzend zu seinen Gunsten ausgesagt haben würden; man verdreht seine Aussagen, fälscht die Akten und Protokolle, seine Unterschrift, schickt ihm die Vorladungen durch falsche Postboten, macht unter die Bescheide „Stempel, wie wenn es von der Kgl. Hoheit herkommen würde". Bisweilen gesellen sich noch auffallendere Wahnbildungen hinzu. Der Kranke spürt, dass man ihn im Gefängnisse durch stark gewürzte und gepfefferte Speisen hat närrisch machen wollen, glaubt, dass man ihm nach dem Leben trachte. Mehrfach sah ich gleichzeitig ausgeprägten Eifersuchtswahn. Auch hypochondrische Beschwerden werden

nicht selten geäussert. Hie und da kommen einzelne Sinnestäuschungen vor; in einem Falle entwickelte sich im Gefängnisse vorübergehend ein ängstlicher Erregungszustand mit zahlreichen Gehörstäuschungen. Der Kranke hörte Vorwürfe und Drohungen, glaubte, dass seine Hinrichtung bevorstehe.

Die Besonnenheit des Kranken ist dauernd ungetrübt, die Ordnung seiner Gedanken erhalten. Niemals aber wird man eine sehr grosse Eintönigkeit seines Vorstellungsinhaltes vermissen. Jede Unterredung mit einem Querulanten pflegt sehr bald auf seine Beeinträchtigungsideen zu führen, welche, je länger, desto mehr, sein ganzes wirkliches Interesse in Anspruch nehmen. Von jedem, noch so entlegenen Punkte aus führt sein Gedankengang immer wieder auf diesen Mittelpunkt zurück. In endlosen, vielfach wörtlichen Wiederholungen kehren bei seinen Ausführungen dieselben Gedankengänge wieder, offenbar, ohne dass der Kranke imstande wäre, sie zu unterdrücken oder auch nur abzukürzen. Bei längerem Bestande der Krankheit pflegt übrigens auch der Zusammenhang der langatmigen Auseinandersetzungen zu leiden. Von einer Einsicht in die Krankheit ist hier natürlich niemals die Rede; vielmehr betrachtet der Kranke den Einwand der geistigen Störung als einen „treulosen Schwindel". Fast immer findet er aber auch Laien und selbst Ärzte genug, die ihm auf Wunsch seine geistige Gesundheit bescheinigen. Einer meiner Kranken brachte mit Genugtuung die Gesundheitszeugnisse vor, die ihm sechs Bürgermeister ausgestellt hatten.

Eine regelmässige Begleiterscheinung des Querulantenwahnes ist das stark gehobene Selbstgefühl. Die Kranken halten sich für hervorragend tüchtig und rechtlich, blicken daher unter allen Umständen auf ihre Gegner herab. Sie halten etwas auf sich, finden es besonders erschwerend, dass man gerade ihnen, als „verheirateten Männern" das Recht vorenthält. Ein Kranker unterzeichnete sich: „Bürger, Landwirt und Witwer"; ein anderer, der ein recht geschickter Uhrmacher war, sprach von dem Undanke, mit dem das Vaterland seinen grossen Söhnen lohne. Mit dieser Selbstüberschätzung hängt es auch zusammen, dass der Kranke die unsittlichsten Mittel für erlaubt hält, sobald sie ihm zur Schädigung seines Feindes dienen, während selbst die mildesten Formen des rechtlichen Zwanges in ihrer Anwendung auf ihn

selbst als unerhörte Angriffe und Vergewaltigungen, als „gefühllose Misshandlungen" aufgefasst werden. Ein Kranker empfand die verzögerte Ablieferung einer Postkarte seitens des Postbeamten an ihn als eine schwere Schädigung, während ihm die Blutschande mit seiner Stieftochter und die Unterschlagung einer Geldsumme als geringfügige Übertretungen erschienen; er schrieb seiner Frau Briefe mit hochtrabenden Ermahnungen zur Sittlichkeit und rühmte sein gutes Gewissen. „So gefühlvoll?" schrieb ein anderer erstaunt, als wegen eines von gröbsten Beleidigungen strotzenden Briefes Anklage gegen ihn erhoben wurde. In seinem gesteigerten Selbstgefühle pflegt der Kranke ungeheure Summen als Entschädigung für das ihm angetane Unrecht zu verlangen.

Ausnahmslos finden wir ferner bei den Querulanten eine bedeutende Steigerung der gemütlichen Erregbarkeit; vielleicht ist in ihr der nächste Grund für den Mangel an ruhiger, sachlicher Überlegung bei diesen Kranken zu suchen. Während sie für gewöhnlich keine auffallenderen Störungen der Stimmung darbieten, geraten sie bei der Besprechung ihrer Rechtsstreitigkeiten sofort in die leidenschaftlichste Aufregung, überschütten den Hörer mit einer wahren Flut von Schmähungen über ihre Gegner und wenden sich gegen jeden Widerspruch oder Einwand mit der gleichen zornigen Gereiztheit. Einer meiner Kranken bat den Grossherzog schriftlich um die Erlaubnis, seine Gegner selbst abtun zu dürfen.

Diese Leidenschaftlichkeit in Verbindung mit der Unbelehrbarkeit ist es auch, welche dem Handeln des Kranken den eigenartigen Stempel aufdrückt. Er ist nicht imstande, sich nach Erschöpfung der gewöhnlichen Rechtsmittel bei der endgültigen, unabänderlichen Entscheidung zu beruhigen. Ohne jedes Verständnis für die völlige Nutzlosigkeit, ja die sicheren schweren Folgen weiterer Schritte, sucht er um jeden Preis und mit allen Mitteln den Sieg im Kampfe um sein vermeintliches Recht zu erzwingen. Blind gegen jeden besseren Rat, setzt er alle nur irgend möglichen Rechtsmittel in Bewegung, verlangt „eine richtige Untersuchung" über Dinge, die längst abgetan sind, appelliert von einer Instanz an die andere, durch keinen Misserfolg belehrt oder wenigstens eingeschüchtert. Vielmehr nimmt die Hartnäckigkeit und Leiden-

schaftlichkeit immer zu. Er schreibt unzählige Briefe und Eingaben an die Gerichte, an Privatpersonen, Beamte, an den Reichstag, den Landesfürsten und den Kaiser, in denen er in den schärfsten, beleidigendsten Ausdrücken, ja in unflätigen Schimpfereien über seine Gegner, über die Behörden, die Richter seinem Herzen Luft macht. Schon in der äusseren Form, in den Unterstreichungen, Ausrufungs-, Frage- und Anführungszeichen, in der Hervorhebung der Kraftstellen durch besondere Schrift oder farbige Tinte, ferner in der Langatmigkeit, Umständlichkeit und Eintönigkeit des Inhaltes pflegen diese Schriftstücke ihre krankhafte Entstehungsweise zu verraten. Auch der Stil zeigt vielfach eine eigentümlich verzwickte, verschrobene Ausdrucksweise, die Wiederkehr einzelner absonderlicher, halbverstandener, aber tönender Redewendungen, die sich an die Rechtssprache anlehnen. Ein Kranker schrieb viel vom „falschen Meineid"; ein anderer gebrauchte mit Vorliebe den angeblich von mir geäusserten Satz: „Juristenrecht geht über Reichsrecht". Die Paragraphen der Gesetzbücher, die Berufung auf die „Akten" spielen eine grosse Rolle. Abschriften seiner Eingaben, Vorladungen, Bescheide pflegt der Kranke wohlverpackt mit sich herumzutragen und bei passender Gelegenheit auszukramen.

Die zunächst folgenden Anklagen und Strafen wegen Beleidigung oder Verleumdung steigern nur die Erbitterung des Kranken; er antwortet mit neuen, immer weiter gehenden und ungeheuerlicheren Schmähungen. Seine ganze Tätigkeit, seine Lebensinteressen gehen immer mehr in der Sucht auf, Recht zu behalten, mag auch alles andere darüber zugrunde gehen; seine Häuslichkeit, sein Geschäft, sein Vermögen, alles wird diesem krankhaften Drange geopfert. Auf diese Weise kommt er in seinen Verhältnissen herunter, wird durch die endlosen Prozesse und Anklagen in dauernder Aufregung erhalten, die ihn zu immer schrofferer Stellungnahme gegenüber seinen Feinden veranlasst. Schliesslich weist er jede Gemeinschaft mit der bestehenden Rechtsordnung, ja auch mit den staatlichen Einrichtungen überhaupt zurück. Er unterschreibt kein Protokoll mehr, verweigert die Annahme von Vorladungen, lässt sich zur Verhandlung mit Gewalt vorführen. Er greift zur Selbsthilfe, nimmt einfach fort, was er als sein Eigentum betrachtet, wendet sich an die Presse,

bedroht seine Gegner persönlich, schiesst auf den pfändenden Gerichtsvollzieher.

Sehr häufig gelingt es dem Kranken mit seiner leidenschaftlichen Tatkraft, diese oder jene Person seiner Umgebung von der Rechtmässigkeit seiner Ansprüche zu überzeugen. Ich kannte einen 58jährigen Querulanten, der in einem fernen Dorfe mehrere Bauern veranlasst hatte, grosse Geldopfer zu bringen, um eine vermeintliche Entschädigungssumme von 50000 Mark von einem Bürgermeister herauszupressen. Die von ihnen verfassten Eingaben ähnelten denen des Kranken ganz überraschend; einer der Bauern hatte den letzteren bereits als willkommenen Schwiegersohn in Aussicht genommen. Andererseits ergreifen Querulanten vielfach mit Freuden die Gelegenheit, auch für Andere Briefe, Eingaben, Proteste, Streitschriften zu schreiben, und geraten auf diese Weise bisweilen geradezu in die Laufbahn von Winkeladvokaten hinein. Dabei kommt ihnen besonders eine gewisse Spitzfindigkeit und ihre äusserliche Kenntnis der Rechtssätze zugute, die sie überall hervorkehren.

Im weiteren Verlaufe der Krankheit stellt sich regelmässig eine deutliche Zunahme der geistigen Schwäche ein. Die Eingaben und Reden des Kranken werden immer einförmiger und zusammenhangsloser. Der Kranke wartet auch meist gar nicht mehr auf eine Antwort, sondern schreibt nur noch gewohnheitsmässig von Zeit zu Zeit eines seiner eigenartigen Schriftstücke. Die Erregbarkeit nimmt ab; der Kranke wird stumpf, harmlos und gleichmütig, öfters sogar weinerlich und rührselig, wenn man ihn nicht durch Berührung des wunden Punktes geflissentlich reizt. Er verkehrt freundlich mit dem Arzte, den er vielleicht eben noch in einer Eingabe als infamen Lügner und Schwindler bezeichnet hat. Bisweilen verleugnet er geradezu seine früheren Handlungen, um unangenehmen Auseinandersetzungen auszuweichen; er will nichts mehr davon wissen; das ist vorbei. Von einer wirklichen Berichtigung der krankhaften Vorstellungen ist dabei jedoch keine Rede; vielmehr lässt sich bei Anregung der alten Erinnerungen in den Augenblicken, wo die Selbstbeherrschung versagt, stets erkennen, dass der Kranke unverändert auf seinem früheren Standpunkte stehen geblieben ist und nur die Spannkraft zu äusserem Widerstande verloren hat.

Die Erkennung des Querulantenwahnes bietet namentlich im Beginne grosse Schwierigkeiten. Einerseits kann das Querulieren als Krankheitszeichen bei verschiedenen Formen des Irreseins auftreten, so bei der Paralyse und namentlich im cirkulären Irresein. Die Beachtung der für jene Erkrankungen kennzeichnenden Erscheinungen, der körperlichen und Gedächtnisstörungen dort, der Ideenflucht, der Ablenkbarkeit, des Betätigungsdranges, der Stimmungsschwankungen und des anfallsweisen Auftretens hier, wird die Sachlage in der Regel bald aufklären. Auch bei der Entwicklung der Dementia praecox kommt es bisweilen längere Zeit hindurch zu ausgeprägtem Querulieren, namentlich in Fällen, die in der Strafhaft begonnen haben. Allein diese Kranken haben zahlreiche Sinnestäuschungen, werden regelmässig mehr oder weniger zerfahren in ihren Ausführungen und bringen bald ganz abenteuerliche Wahnbildungen vor, machen auch wohl Zustände von Stupor oder Erregung durch, wie sie dem eigentlichen Querulantenwahne fremd sind. Endlich kann unter Umständen auch ein Gesunder querulieren, sogar mit Hartnäckigkeit und Leidenschaftlichkeit. Gerade nach dieser Richtung hin sind öfters Fehldiagnosen von solchen Gutachtern zu verzeichnen, denen die Tatsache des Querulierens an sich und der Umfang der aufgelaufenen Akten als die wesentlichen Kennzeichen des Querulantenwahnes galten. Dem gegenüber ist als massgebend für die Diagnose vor allem die wahnhafte Gestaltung der Vorstellungskreise zu bezeichnen, die völlige Unbelehrbarkeit, die allmähliche Ausbreitung der Verfolgungsideen auf immer weitere Personen, der Ausgang der ganzen Entwicklung von einem einzigen Punkte, welcher dauernd im Vordergrunde steht und allen späteren Gedanken und Handlungen des Kranken immer wieder zur Anknüpfung dient. Gerade deswegen sind die Querulanten nicht zu verwechseln mit jenen gesunden, streitsüchtigen und rechthaberischen Menschen, die mit ihrer ganzen Umgebung in Unfrieden leben. Im Gegenteil scheint es mir, als ob Querulanten wie andere Verrückte vielfach im täglichen Verkehr ganz verträgliche, wenn auch oft eigentümliche Menschen sind. Während jene gesunden Kampfhähne bei den verschiedensten Gelegenheiten Zank und Streit vom Zaune brechen, Prozesse anfangen, Beleidigungen begehen, besteht hier ein innerer Zusammenhang zwischen allen

einzelnen Abschnitten des Kampfes; der ganze Rattenkönig von Prozessen, Klagen und Beschwerden weist auf einen bestimmten ersten Anstoss zurück. Bei der einfachen Streitsucht findet jede einzelne Angelegenheit, wenn auch nach langen Kämpfen, endlich ihre Erledigung, bei der sich alle Beteiligten beruhigen; hier dagegen endet der ursprüngliche Streit niemals; er wächst nur immer ungeheuerlicher an und erreicht erst in der Entmündigung des Kranken seinen gewaltsamen und äusserlichen Abschluss.

Ganz dieselben Gesichtspunkte gelten auch für die Abgrenzung der echten Querulanten von den psychopathischen Pseudoquerulanten, die nur eine krankhafte Steigerung der gewöhnlichen Streitsucht darbieten. Wir werden ihrer später noch eingehend zu gedenken haben.

Bei der Beurteilung von Querulanten ist natürlich immer die Möglichkeit zu erwägen, dass die anscheinend wahnhaften Vorstellungen und Behauptungen wirklich der Wahrheit entsprechen. Die Erbitterung und der rücksichtslose Kampf bis auf das äusserste kann die gesunde Antwort eines lebhaft entwickelten und schnöde beleidigten Rechtsgefühls sein. So stellte sich in einem von mir beobachteten Falle nachträglich heraus, dass der schwer angeschuldigte Gegner in der Tat nicht der Ehrenmann war, für den er amtlich galt, sondern sich ernster Verbrechen schuldig gemacht hatte. Ein anderes Mal konnte nachgewiesen werden, dass eine zunächst wahnhaft erscheinende Unterschriftfälschung von dem Beschuldigten wirklich begangen war. In dieser Beziehung ist also äusserste Vorsicht geboten. Trotzdem waren übrigens in beiden Fällen die Ankläger Querulanten, aber das liess sich nicht aus der Richtigkeit oder Unrichtigkeit der vorgebrachten Beschuldigungen entscheiden, sondern aus der Art, wie sie dieselben begründeten und wahnhaft weiter verarbeiteten. Freilich pflegt auch in ausgesprochenen Fällen der Querulantenwahn erst nach sehr langer Zeit erkannt zu werden, weil das oft gut erhaltene Gedächtnis und die Gewandtheit im Reden und Schreiben für den richterlichen Beobachter die geistige Schwäche und die wahnhafte Ausgestaltung der Vorstellungskreise verdecken. Die Entstellungen und Verdrehungen des Tatbestandes, die der Kranke vom Standpunkte seiner krankhaften Auffassung in bestem Glauben vorbringt, werden leicht für absichtliche, schlau berechnete

Täuschungen gehalten und als Beweis für die sittliche Verkommenheit und Unverschämtheit desselben angesehen.

Die eigentlichen Ursachen des Querulantenwahnes sind höchst wahrscheinlich in krankhafter, meist ererbter Veranlagung zu suchen. Mehrmals fand ich Trunksucht der Eltern angegeben. In der Regel beginnt die Krankheit zwischen dem 35. und dem 45. Lebensjahre, bisweilen auch noch etwas später. Der Rechtsstreit ist ohne Zweifel nur als Auslösung, nicht als Ursache zu betrachten; öfters haben die Kranken früher bereits allerlei Prozesse gehabt, ohne dabei zu querulieren. Die Prognose muss als ungünstig bezeichnet werden; der Ausgang ist ein mehr oder weniger hoher Grad von geistiger Schwäche unter Fortbestehen der Wahnbildungen. Gleichwohl scheinen erhebliche Besserungen in der Weise vorzukommen, dass die Kranken, ohne ihre Auffassung zu ändern, sich wenigstens längere Zeit einer Äusserung derselben enthalten; ganz ähnliches sehen wir ja auch bei anderen Formen der Verrücktheit. Von wirklichen Heilungen bei zuverlässiger Diagnose weiss ich, im Gegensatze zu manchen Beobachtern, nichts zu berichten, glaube auch nicht daran.

Die Behandlung dieser Kranken hat nur die Aufgabe, dieselben für einige Zeit, noch besser für immer, der Umgebung zu entziehen, welche auf sie erregend wirkt. Vorübergehend kann das durch die Verbringung in die Anstalt, dauernd durch die Übersiedelung in andere Verhältnisse geschehen. Längeren Anstaltsaufenthalt vertragen die Kranken in der Regel schlecht. Man tut daher gut, sie nach eingetretener Beruhigung möglichst rasch wieder zu entlassen, wenn man nicht durch die Rücksicht auf die Gemeingefährlichkeit im einzelnen Falle genötigt wird, sie auch trotz der Schädigung durch das Anstaltsleben ihrer Freiheit zu berauben.

XI. Das epileptische Irresein.

Die Epilepsie*) trägt ihren Namen von den ihr eigentümlichen, in mehr oder weniger regelmässiger Wiederholung auftretenden Anfällen, welche den Kranken plötzlich ergreifen (ἐπιλαμβάνω) und überwältigen. Schon die Wiederkehr dieser erschütternden, Furcht und Mitleid erweckenden Zufälle ohne äusseren Anlass weist jedoch darauf hin, dass ihnen eine dauernde Veränderung zugrunde liegen muss, welche sie immer von neuem erzeugt. Diese krankhafte Umwandlung, aus der die epileptischen Erscheinungen hervorgehen, pflegt meist auch das Seelenleben der Kranken in Mitleidenschaft zu ziehen. Kellner fand nur etwa 10% seiner Epileptiker psychisch gesund. Zwar ist uns aus der Geschichte bekannt, dass eine Reihe historischer Grössen, namentlich Feldherrn (Cäsar, Narses, Napoleon I.), an Epilepsie gelitten haben, allein diese Fälle sind als seltene Ausnahmen zu betrachten, denen die ungeheure Masse jener armen Kranken gegenübersteht, welche durch die Epilepsie der psychischen Entartung entgegengeführt werden. Zudem lassen sich auch bei jenen hervorragenden Persönlichkeiten fast immer wenigstens einige Züge nachweisen, die auf eine gewisse Verwandtschaft mit dem klinischen Bilde des epileptischen Irreseins hindeuten.

---

*) Féré, Die Epilepsie, Deutsch v. Ebers. 1896; Marinesco et Sérieux, essai sur la pathogénie et le traitement de l'épilepsie. 1895; Roncoroni, trattato clinico dell'epilessia con speciale riguardo alle psychosi epilettiche. 1895; J. Voisin, l'épilepsie. 1897; Binswanger, Die Epilepsie. 1899; Maurice de Fleury, recherches cliniques sur l'épilepsie et sur son traitement. 1900; Gélineau, traité des épilepsies. 1901; Kovalevsky, épilepsie, traitement, assistance et médecine légale. 1901; Pini, l'epilessia, eziologia, patogenesi, cura. 1902; Gowers, Epilepsie, 2. Aufl., Deutsch v. Weiss. 1902; Jolly, Epilepsie im Handbuch der praktischen Medicin von Ebstein und Schwalbe; Bratz, Monatsschrift f. Psychiatrie, IX, 43.

Verhältnismässig am wenigsten scheint die Epilepsie die Verstandestätigkeit zu schädigen. Es gibt einzelne Epileptiker, die dauernd sogar ganz hervorragende geistige Leistungen aufzuweisen haben. In mehr als der Hälfte der Fälle jedoch, die dem Irrenarzte zu Gesicht kommen, findet sich geradezu ein mehr oder weniger ausgeprägter, eigenartiger Schwachsinn. Der auffallendste Zug desselben ist die Langsamkeit und Schwerfälligkeit, mit der sich die psychischen Vorgänge abwickeln; man kann oft genug schon mit einer einfachen $^1/_5$-Sekundenuhr die bedeutende Verlängerung der psychischen Zeiten feststellen. Der Kranke fasst Fragen und Eindrücke ungemein langsam, dann aber meist richtig auf, braucht lange Zeit, um sie geistig zu verarbeiten und zu einer Antwort oder Handlung zu kommen. Er ist nicht ablenkbar, bleibt bei der Sache, vermag aber nicht, raschen Wendungen des Gespräches zu folgen oder mehrere Dinge gleichzeitig zu beachten. Die Beweglichkeit seiner Einbildungskraft ist sehr gering; mühsam und in bescheidenem Umfange knüpfen sich neue Vorstellungsverbindungen, und äussere Anregungen wecken nur einen spärlichen Widerhall in seinem Bewusstsein.

Dabei bleibt die Besonnenheit, die Orientierung und der Zusammenhang des Gedankenganges fast immer auffallend gut erhalten. Wenn die Kranken auch vielfach lückenhaft und unvollkommen wahrnehmen, gewinnen sie doch ein ungefähr zutreffendes Bild von ihrer Lage, den Personen und Vorgängen ihrer Umgebung, beurteilen einfache Verhältnisse richtig, finden sich leidlich zurecht. Nur in den schwersten Formen der epileptischen Verblödung können die Kranken dauernd unklar und verworren werden.

Das Bild des einfachen epileptischen Schwachsinns, das natürlich alle möglichen Entwicklungsstufen darbieten kann, lässt sich vielleicht am besten durch den Ausdruck „Beschränktheit" kennzeichnen. Der Kranke vermag keine wesentlich neuen Erfahrungen mehr in sich aufzunehmen und zu verarbeiten, sondern bewegt sich mit Vorliebe in gewohnten Bahnen. Stehende Redensarten, Gemeinplätze, Bibelverse, Sprichwörter pflegen daher eine grosse Rolle in seinen Äusserungen zu spielen. Ihm fehlt jener Überblick über die Lebenserfahrungen, welcher uns befähigt, überall das Wichtige von dem Nebensächlichen zu trennen

und einen Gedankengang geradeswegs einem bestimmten Ziele zuzuführen. So kommt gerade hier nicht selten ein sehr eigenartiges Krankheitszeichen zustande, die Umständlichkeit der Epileptiker. Bei jeder Erzählung beginnt der Kranke mit Daten, deren Beziehung zur Frage zunächst kaum erkennbar ist, und er häuft dabei an jedem Punkte eine solche Menge von ganz gleichgültigen Nebenumständen, dass seine Darstellung schlechterdings nicht von der Stelle zu rücken scheint. Jeder Versuch, ihn durch Zwischenfragen zu einer rascheren Entwicklung des Wesentlichen zu veranlassen, pflegt zu scheitern; der Kranke nimmt den Faden einfach an der unterbrochenen Stelle wieder auf. Dabei verliert er jedoch niemals den Zusammenhang, sondern kommt schliesslich immer zum Ziel, freilich auf stark gewundenen Pfaden. Gewöhnlich wird die gleiche Erzählung immer mit den gleichen Wendungen und in derselben Ausführlichkeit vorgebracht.

Bei stärker ausgebildetem epileptischem Schwachsinn leidet regelmässig auch das Gedächtnis in erheblichem Grade. Der Kranke wird vergesslich, merkt sich den Namen des Arztes oder seiner Mitkranken nicht, weiss nichts über seine Erlebnisse zu berichten, erzählt wiederholt dieselben Dinge, ohne es zu bemerken. Bisweilen kommt es zu fabulierenden Erzählungen, die vielleicht als Erinnerungen an deliriöse oder traumhafte Erlebnisse aufzufassen sind. Andere Kranke gefallen sich in romanhaften Erfindungen über ihre Erlebnisse, nicht in wahnhafter, sondern in prahlerischer Weise. So behauptete ein böhmischer Landstreicher, sein Vater sei Kesselflicker in Mekka gewesen; er habe Marokko und Spanien durchreist. Eine grosse Zahl von Erfahrungen des früheren Lebens geht dem Kranken spurlos wieder verloren, und nur diejenigen Vorstellungskreise bleiben sein dauerndes Eigentum, die sich durch immerwährende Wiederholung unverrückbar befestigt haben. Auf diese Weise entwickelt sich eine fortschreitende Verarmung des Vorstellungsschatzes, so dass der Kranke, unfähig, neue Erfahrungen zu sammeln, schliesslich nur noch über einen ganz kleinen, allmählich immer mehr einschrumpfenden Vorrat von Ideen verfügt. Im Gegensatze zu anderen Formen des erworbenen Schwachsinns ist er jedoch imstande, sich innerhalb dieses kleinen Kreises von Vorstellungen

noch klar und zusammenhängend zu bewegen, wenn es sich auch dabei zumeist nur um die ständige Wiederholung derselben Gedankengänge und Wendungen handelt.

Ein lehrreiches Bild von dem Verhalten des Vorstellungsschatzes der Epileptiker liefern, wie Fuhrmann*) gezeigt hat, einfache Assoziationsversuche. Er fand, dass in mehreren Fällen die Zahl der bei Wiederholung einer Versuchsreihe neu auftauchenden Vorstellungen auffallend gering war, ein Zeichen für die Einförmigkeit und Armut des Gedankenganges. Vielfach war der Inhalt der Assoziationen nichtssagend und dürftig. Sodann begegneten ihm in auffallender Zahl Vorstellungsanknüpfungen, bei denen irgend ein erkennbarer Zusammenhang mit dem Reizworte nicht bestand. Vielmehr schien es, als ob diese durch den Versuch nur ausgelösten, nicht erzeugten Vorstellungen aus dauernden allgemeinen Gedankenrichtungen hervorgegangen seien. Ihr Inhalt stand meist in Beziehung zu dem Krankheitszustande oder doch zu den persönlichen Verhältnissen des Kranken. Wir dürfen wohl annehmen, dass die Häufigkeit solcher durch innere Zustände, nicht durch äussere Anregung bestimmten Assoziationen ganz besonders durch die geistige Schwerfälligkeit der Epileptiker begünstigt wird, die ihnen nicht, wie dem Gesunden, rasch und leicht Anknüpfungen an das zugerufene Reizwort zur Verfügung stellt. Auch Ricklin hat Assoziationsversuche bei Epileptikern angestellt. Er beobachtete ebenfalls Gedankenarmut, Haften an dem gleichen Vorstellungskreise, ja an derselben grammatischen Form und häufige Gefühlsbetonung der auftauchenden Assoziationen.

Es ist natürlich, dass bei der Verarmung des Vorstellungsschatzes nach und nach die Bedeutung des eigenen Ich in der Weltanschauung der Kranken ausserordentlich anwachsen muss. So kommt es, dass die Kranken, je weiter der Schwachsinn gediehen ist, umsomehr in ihrem Selbstgefühle wachsen, und dass schliesslich der Inhalt ihrer Reden sich wesentlich auf die Lobpreisung der eigenen Person und alles dessen, was mit ihr zusammenhängt, namentlich auch der übrigen Familienmitglieder, beschränkt. Eine grosse Rolle spielt vielfach die Sorge um das eigene

---

*) Fuhrmann, Sommers Beiträge zur Psychiatrischen Klinik I, 65. 1902; Ricklin, Hebung epileptischer Amnesien durch Hypnose. Diss. Zürich. 1903.

Befinden, dessen kleinste Änderungen von dem Kranken vermerkt werden und auf ärztliche Beachtung Anspruch machen. Gleichzeitig beobachtet man öfters eine auffallende Hoffnungsfreudigkeit gegenüber dem eigentlichen Leiden. Die Kranken meinen nach jedem Anfalle, derselbe sei nur noch ganz klein gewesen; sie seien nun bald ganz gesund, fühlen sich, Gott sei Dank, recht wohl. Ausserdem sind es religiöse Vorstellungen, die mit ungemeiner Vorliebe gepflegt werden. Sei es, dass bisweilen eigentümliche, mit den Anfällen verbundene Empfindungen die Idee einer göttlichen Beeinflussung nahelegen, sei es, dass bei den hilflosen Kranken die Hoffnung auf Erlösung durch übernatürliche Macht einen besonders günstigen Boden findet — sehr häufig glauben sie, zum Himmel in einem vorzugsweise innigen Verhältnisse zu stehen, weil sie immer so brav gewesen sind und immer so fleissig gebetet haben. Sie bitten um Bibel und Katechismus, gehen möglichst häufig in die Kirche, zur Beichte und lieben es, Verbindung mit dem Geistlichen zu unterhalten.

Die stärksten Umwälzungen pflegt die Epilepsie auf gemütlichem Gebiete herbeizuführen, auch dort, wo eine Beeinträchtigung des Verstandes nicht erkennbar ist. Fast immer entwickelt sich eine Steigerung der gemütlichen Reizbarkeit, die in geringerem Grade dauernd bestehen kann, vor allem aber in den unten näher zu schildernden Anfällen und unter dem Einflusse des Alkohols in krankhafter Weise hervortritt. Der Kranke wird empfindlich, schrullig, launenhaft, rechthaberisch, schwer zu behandeln, gerät bisweilen bei geringfügigen Anlässen in heftige Zornausbrüche mit rücksichtsloser Gewalttätigkeit. Zugleich bildet sich häufig eine starke Selbstsucht aus, welche den Kranken jeden Eingriff in die eigenen Rechte ungemein lebhaft empfinden lässt, während ihn fremdes Leid sehr wenig berührt. Dazu kommt vielfach ein unglaublich hartnäckiger, bornierter Eigensinn, der den Kranken allen Überredungsversuchen gegenüber taub macht und ihn mit der grössten Rücksichtslosigkeit eine einmal gefasste Idee festhalten und durchführen lässt.

Alle diese Eigentümlichkeiten kennzeichnen auch das äussere Verhalten des Epileptikers. Dasselbe bleibt trotz hochgradigster geistiger Schwäche meist geordnet. Die Kranken beschäftigen sich in der Regel gerne, suchen sich baldmöglichst irgend eine

Tätigkeit, führen ihre Arbeiten zwar langsam, aber oft mit kleinlicher Genauigkeit aus. Freilich pflegt ihnen dabei die Fähigkeit zu freiem, selbständigem Schaffen vollständig abzugehen. Ein recht blödsinniger Kranker lieferte mir ziemlich schwierige farbige Federzeichnungen, die von den Steindruckvorlagen nicht mehr zu unterscheiden waren, während er sich ausserstande erwies, trotz genauester Anleitung ganz einfache Diagramme aus den gegebenen Zahlen herzustellen. Andere Kranke zeigen eine gewisse täppische Hilfsbereitschaft, mischen sich in alles ein, suchen Wärterdienste zu tun, ihre Mitkranken zu erziehen. Trotz ziemlich gut erhaltener Arbeitsfähigkeit bringen es die Kranken vielfach zu keiner dauernden Beschäftigung, weil sie eine eigentümliche Unstetigkeit darzubieten pflegen. Sie versagen plötzlich, halten nicht lange auf derselben Stelle aus, verlassen ohne erkennbaren Grund ihre Stellungen, ziehen planlos in der Welt herum, führen ein abenteuerliches Landstreicherleben und liefern auf diese Weise einen sehr starken Beitrag zu den Insassen der Gefängnisse und Arbeitshäuser; in letzteren beträgt ihr Anteil nach Werthers Angaben 7—8%. Zum guten Teil steht jene Unstetigkeit gewiss mit den sogleich zu besprechenden periodischen Verstimmungen in nahem Zusammenhange. Andererseits bildet die Beschränktheit, die Selbstsucht und die Reizbarkeit der Epileptiker ohne Zweifel den günstigen Boden für die Entwicklung verbrecherischer Neigungen. Lombroso hat bekanntlich gerade die Epilepsie als die eigentliche Grundlage des moralischen Irreseins und damit der geborenen Verbrechernaturen überhaupt hingestellt, eine Anschauung, die indessen sicherlich über das Ziel erheblich hinausschiesst. Häufig sind auch krankhafte geschlechtliche Neigungen.

In ihren Reden sind die Kranken im allgemeinen klar und verständlich; sie begrüssen den Arzt, vielfach sogar mit einer gewissen umständlichen Förmlichkeit, kleiden sich sauber und halten auf Ordnung und Herkommen, geben allen Vorgesetzten in Anrede und Titel die Ehre, die ihnen nach ihrem Dafürhalten gebührt. Öfters entwickelt sich bei ihnen ein etwas süssliches, gespreiztes Wesen und eine eigentümlich verzwickte Redeweise. Einer meiner Kranken sprach von dem „immer allgegenwärtigen, verzweifelnden Täuschungssinn“ Einen guten Einblick in so

manche Eigentümlichkeiten des epileptischen Schwachsinns gibt vielleicht der nachfolgende Brief eines Kranken, der später Mord und Selbstmord beging, an den Geistlichen seines Heimatsortes:

Gestatten der Herr Pfarrer, dass ich mir erlaube, Herrn Pfarrer mit einigen Zeilen, soviel und wie ich es vermag, erfreuen zu können. Ich bekomme hierzu von ganzem Herzen Antriebe und will so meinem allerhochgeehrtesten Herrn Pfarrer meine Geistesempfindungen und körperliches Gedeihen aussprechen. Ich habe Tag und Nacht zu kämpfen, bald geistig, bald körperlich und bin froh damit, dass es so ist, sonst würde Manches nicht erfüllt werden, wovon die heilige Schrift lehrt, durch unseren Herrn Jesum Christum, darum sage ich: wer auf Gott vertraut, der hat auf keinen Sand gebaut, denn ich empfand es und will somit meine Freude auch Herrn Pfarrer zuteil werden lassen, indem ich sage: Ich freue mich in Christo, von ganzem Herzen mitteilen zu können, dass alles von Gott kommt, worüber ich jetzt in keinem Zweifel mehr bin.

Dasselbige, wie ich vernommen, ist geoffenbart durch die heilige Schrift. Ich danke täglich Gott für seine Gnade allerseits, und bin froh, dass Gott mich bis hierher gebracht, denn er hat Grosses an mir (uns) gethan und thut noch Grösseres an mir (uns) und vielen Menschen, aber selig sind diese Menschen, welche es vernehmen. Ich wurde zu jahrelangem Kampfe verwendet, sah und fühlte es, konnte mich aber nicht frei davon machen, aber Gott sei Dank, der mir (uns) den Sieg gegeben hat durch Herrn Jesum Christum. Ich hoffe, dass ich in Manchem kräftiger werde, das unruhige Schlafen hat sich gebessert.

So harre ich nun wieder der Gnade und Kraft Gottes in Christo Jesu.

Auf's allerfreundlichste grüsset Herrn Pfarrer nebst allerhochgeehrtesten Familie Georg G.

Man erkennt in dem nichtssagenden und inhaltlosen Schriftstücke leicht die Umständlichkeit, die Verschrobenheit der Ausdrucksweise, die gespreizte Höflichkeit, die Neigung zu religiösen Redensarten, das gehobene Selbstgefühl und die Hoffnungsfreudigkeit.

Die im vorstehenden geschilderte dauernde Entartung der Epileptiker ist in den einzelnen Fällen ausserordentlich verschieden ausgebildet. Häufig nur leise angedeutet oder nur bei besonderen Gelegenheiten erkennbar, beherrscht sie in anderen Fällen das Krankheitsbild derartig, dass die Diagnose der Epilepsie schon aus der Eigenart des Schwachsinns abgeleitet werden kann, wie es mir oft genug gelungen ist. Nicht ganz selten sehen wir aber hier auch die schwersten Formen der Verblödung zustande kommen, die wir überhaupt kennen, namentlich bei jugendlichen Kranken.

Auf körperlichem Gebiete treffen wir bei Epileptikern zu-

nächst gewisse Zeichen, die in ursächlicher Beziehung von Wichtigkeit sind, Spuren des Alkoholmissbrauches, Reste früherer Hirnerkrankungen, syphilitische oder arteriosklerotische Veränderungen, alte Schädelnarben. Gar nicht selten lassen sich Empfindungsstörungen nachweisen. Richter*) fand sie bei 63% seiner Kranken, am häufigsten, bei 40,1%, fleckweise Anästhesien, allgemeine Analgesie in 12,2%, Hemihypaesthesie in 10,2%. Ferner bestehen vielfach alle möglichen Missempfindungen, die von den für ihre Gesundheit sehr besorgten Kranken in der eingehendsten Weise geschildert werden. Der Schlaf ist oft erheblich gestört. Die Muskelkraft ist im allgemeinen herabgesetzt. Nach Coluccis Angaben zeigt sie viele Schwankungen, Steigerung vor, Herabsetzung nach den Anfällen. Als Überbleibsel der Anfälle begegnen uns Narben aller Art, gebrochene Nasenbeine, ausgedehnte Verbrennungen, Fehlen der Vorderzähne. Die Zungenbissnarben sind in der Regel nur kurze Zeit hindurch deutlich, auf die Dauer nur, wenn sie sehr tief gingen. Pfister hat neuerdings wieder auf das gelegentliche Vorkommen von kleinen Hautblutungen nach epileptischen Anfällen aufmerksam gemacht; in der Bindehaut des Auges finden sie sich gar nicht selten.

Die dauernde epileptische Veränderung bildet die Grundlage, auf welcher sich eine Reihe mehr vorübergehender Störungen entwickeln können, deren gemeinsame Eigentümlichkeit in ihrer selbständigen, von äusseren Einflüssen unabhängigen Periodizität liegt. Zunächst haben wir dabei jener wohl nur wenigen Epileptikern ganz fehlenden psychischen Gleichgewichtsschwankungen zu gedenken, welche ohne auffallende Bewusstseinstrübung mit den Anzeichen einer starken gemütlichen Spannung einhergehen. Aschaffenburg fand sie in 78% unserer Fälle ausgesprochen. Meist ist die Verstimmung morgens beim Aufwachen plötzlich da; seltener entwickelt sie sich im Laufe des Tages. Im Beginn ist öfters eine gewisse geschlechtliche Erregung vorhanden, die sich in Pollutionen, wollüstigen Träumen und Gelüsten kundgibt. Die Kranken werden plötzlich missmutig, finster, mürrisch, abweisend, ziehen sich zurück, grüssen nicht, bleiben von der Arbeit weg, oder sie beginnen zu

*) Richter, Archiv f. Psychiatrie, XXXI, 574.

nörgeln, zu schimpfen, ihre Entlassung zu verlangen, sich in stehenden Wendungen über eine längst erlittene Benachteiligung zu beklagen. Dabei sind sie regelmässig sehr reizbar, ärgern sich „über die Fliege an der Wand“, geraten leicht mit ihrer Umgebung in Streit und schlagen bei dem geringsten Anlasse roh drauf los. „Da darf mich Niemand reizen; wenn man mich in Ruhe lässt, geht's schnell vorüber,“ sagte ein solcher Kranker. „Das sind Tage, an denen ich mich selbst nicht leiden kann,“ sagte ein anderer. „Da darf mir keiner — da wird nicht lange gefackelt;“ „ich bin bisweilen etwas unzufrieden, aber nachher bereu' ich's wieder;“ „an manchen Tagen bin ich falsch;“ „die Galle läuft über“ sind weitere Äusserungen über derartige „böse Tage“. Ein Kranker zog sich in solcher Zeit immer in ein Gartenhäuschen zurück, um mit der Besserung wieder zu erscheinen.

Ungemein häufig nehmen die gemütlichen Schwankungen der Epileptiker die Form innerer Beängstigungen an. „So Tage habe ich, dass mir das Leben gerad' verleidet ist,“ sagte ein Kranker; „das dauert verschiedene Zeit, bis ich's wieder vergesse.“ Es kommt „wie angeflogen“, ohne irgend welchen Anlass, wenn auch der Kranke bisweilen bestimmte Überlegungen oder Erfahrungen dafür verantwortlich macht. „Ich bin betrübt, wenn ich gerade nach Hause denke und man weiss nicht, was die Zukunft bringt,“ sagte ein Kranker; ein anderer gab an, dass der Zustand jedesmal komme, wenn er so recht schön von seiner verstorbenen Frau geträumt habe; der Gegensatz zu seinem freudlosen Leben beim Erwachen drücke ihn dann so nieder. Dem Kranken wird plötzlich schwer ums Herz, mutlos, „heimwehartig“, „so recht von innen heraus betrübt,“ „lebensmüd' und lebenssatt“; es steigen ihm traurige Gedanken, trübe Ahnungen, Versündigungsideen auf. Er muss an seine Jugend denken, an sein verfehltes Leben, fühlt sich allein auf der Welt, als ein armer, verlassener Teufel; „das Gemüt ist gesunken“. „Da ruf' ich unsern Herrgott an, dass ich weg wär' von der Welt.“ Es ist alles umsonst; er hat sich am Allerhöchsten vergangen, den Kelch verunreinigt, ist unbussfertig gewesen; er ist nicht gesund und wird nicht gesund. Hierhin gehören wohl auch die Fälle, in denen die Kranken von plötzlicher Verzweiflung, unfassbarem Entsetzen, von dem „Gefühle des jüngsten Tages“ erfasst werden, furchtbare Gedanken denken müssen,

ohne sich doch über deren Inhalt genauere Rechenschaft geben zu können. Auch Sinnestäuschungen können in ähnlicher Weise auftreten. Ein Student erzählte mir, dass er seit seinem 13. Jahre neben anderen epileptischen Störungen alle 4—6 Wochen einige Stunden dauernde Zustände gehabt habe, in denen er Stimmen hörte; sie sprachen, was er gelesen oder gedacht hatte. Dabei fühlte er sich unruhig, niedergeschlagen, musste herumgehen. Andere Kranke haben plötzlich die Vorstellung, dass sie alles um sie herum schon einmal gerade so erlebt hätten, oder sie müssen sich zwangsmässig mit bestimmten Gedanken oder Erinnerungsbildern beschäftigen. Auch diese Zustände sind regelmässig von dem Gefühle lebhaften Unbehagens begleitet. Meist gesellt sich auch das Gefühl von Benommenheit und Druck im Kopfe hinzu, Klingen und Läuten in den Ohren, Erschwerung des Denkens und innere Unruhe. Die Kranken sind dann unfähig zu arbeiten, stieren vor sich hin, bleiben im Bett, beten viel, oder sie laufen planlos herum, greifen zum Alkohol, machen ausserordentlich häufig triebartige Selbstmordversuche, über deren Beweggründe und Ausführung sie sich später oft selbst keine Rechenschaft zu geben vermögen. Alle diese wehmütigen Zeiten pflegen einige Stunden oder Tage nicht zu überdauern; bisweilen scheint ihnen eine Art Erleichterung, ein auffallendes Wohlbefinden zu folgen.

Seltener ist das anfallsweise Auftreten expansiver oder ekstatischer Stimmungen. Die Kranken werden erregt, laufen mit glänzenden Augen, gerötetem Kopfe und freudig gehobenem Gesichtsausdrucke herum, springen und jauchzen, begehen allerlei mutwillige Streiche, werfen alles durcheinander, necken die Mitkranken, beten laut und feierlich, äussern auch wohl religiöse Grössenideen oder prahlen mit hoher Abkunft und vornehmer Verwandtschaft. Hie und da scheint auch Ideenflucht*) vorzukommen, ferner grosse gemütliche Reizbarkeit mit Neigung zu Gewalttaten. Manche Kranke werden rasch sehr erregt, geraten in massloses, einförmiges, pathetisches Schimpfen, reden sich in immer heftigere Wut hinein. Eine noch jugendliche Kranke sah ich in einem derartigen, ungemein heftigen Anfalle plötzlich tot

*) Heilbronner, Monatsschr. f. Psychiatrie, XIII, 193.

zusammenbrechen, ohne dass die Autopsie eine gröbere Ursache für diesen Ausgang aufgedeckt hätte.

In der Regel zeigen die einzelnen Anfälle bei dem gleichen Kranken eine ausserordentliche Übereinstimmung untereinander. Man bemerkt sofort an einer bestimmten Redensart, einer kleinen Änderung im Benehmen, im Gesichtsausdruck, dass wieder etwas im Gange ist, dass „ein schlechter Wind weht". Die gleichen Klagen kehren wieder, die gleichen Antriebe und Handlungen, um der inneren Erregung einen Ausweg zu schaffen. Freilich gibt es auch unvollkommene Anfälle, in denen die gewöhnlichen Erscheinungen nur teilweise oder nur in ganz schwachen Andeutungen ausgebildet sind oder sehr rasch wieder vorübergehen. Die Zwischenzeiten zwischen den Anfällen sind bisweilen regelmässige, so dass man den Eintritt der Erscheinungen mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit vorhersagen kann. Meist jedoch wechseln die Intervalle; zeitweise kann es zu einer Häufung der Störungen kommen. Man beobachtet dann eine Verwischung der sonst meist scharfen zeitlichen Abgrenzungen der Zustände, ein unregelmässiges Schwanken zwischen Weinerlichkeit und freieren Stunden oder eine Wochen und selbst Monate andauernde „Geladenheit", die sich unter gelegentlichen heftigeren Ausbrüchen nur ganz allmählich wieder verliert.

Als eine weitere Ausbildung dieser ungemein wichtigen, aber meist wenig beachteten Verstimmungen der Epileptiker können wir diejenigen Formen der Störung betrachten, bei denen sich zu der ängstlich-gereizten Stimmung Wahnvorstellungen, oft auch Sinnestäuschungen hinzugesellen. Wenn man will, kann man hier von paranoiden Zuständen sprechen; manche dieser Fälle haben dem Krankheitsbilde der akuten Paranoia mit als Grundlage dienen müssen. Sehr häufig entwickeln sich diese Störungen aus einer einleitenden Bewusstseinstrübung heraus; sie können sich aber auch bei voller Besonnenheit ausbilden. Die Kranken werden eines Tages misstrauisch ohne erkennbaren Anlass, gereizt, drohend und fördern unvermutet eine Menge von Verfolgungsideen zutage, die regelmässig mit Sinnestäuschungen, namentlich des Gehörs, in Verbindung stehen, bisweilen auch noch Erinnerungen an deliriöse Erlebnisse enthalten. Der Kranke hört seinen Namen rufen, wird beschimpft und bedroht, sieht weisse Tauben fliegen, den

Teufel als Ziegenbock, fühlt, dass man ihm nachts an den Geschlechtsteilen herumgreift, schmeckt Menschen- und Hundefleisch im Essen. Man hat ihm eine Kugel in den Kopf geschossen, ihn mit Röntgenstrahlen verhaften wollen. Die Leute sind hinter ihm her, haben Mutter und Bruder ermordet, wollen auch ihm jetzt ans Leben, ihn heimlich überfallen, zerstückeln, im Abtritt aufhängen. Einer meiner Kranken erklärte sich gerne bereit, sich von den Ärzten ordnungsmässig hinrichten zu lassen, verwahrte sich aber gegen die vermeintlichen Absichten der anderen Kranken, ihn hinterrücks niederzumachen. Er sass daher, heimlich mit selbstverfertigten, recht gefährlichen Waffen ausgerüstet, die ganze Nacht wachend im Bett, um sein Leben so teuer wie möglich zu verkaufen. Auch Versündigungsideen können sich hinzugesellen. Der Kranke bezeichnet sich als Kind der Wollust und der Sünde, hat sich versündigt in Worten und Werken, sieht Gespenster, weil er lau ist im Gebet, bittet, man möge ihn doch totschlagen oder aufhängen.

Die Dauer dieser Zustände beträgt in der Regel nur einige Tage; dann schwinden sie ebenso rasch, wie sie gekommen sind. Der Kranke ist wieder zugänglich, gutmütig, harmlos, will nichts mehr von den „Verfolgungen“ wissen, lacht über seine „Einbildungen“. In vereinzelten Fällen jedoch können die Gehörstäuschungen und Wahnbildungen Wochen und selbst Monate lang mit geringen Schwankungen fortbestehen, so dass der Zustand äusserlich in hohem Grade gewissen Formen der Dementia praecox ähneln kann. Allein die Kranken haben bei vollkommener Besonnenheit und Klarheit stets das Bedürfnis, sich über die Richtigkeit ihrer krankhaften Vorstellungen Rechenschaft zu geben; sie erwägen die Einwände, die man ihnen macht, stellen allerlei Proben an, um sich über die Natur der Stimmen Gewissheit zu verschaffen, lassen sich auf Erörterungen darüber ein. Freilich werden sie durch die krankhaften Wahrnehmungen immer wieder überzeugt, auch wenn sie schon wankend geworden waren, nehmen zu allerlei Annahmen ihre Zuflucht, um die Widersprüche zu erklären, bis endlich ziemlich rasch die Täuschungen und mit ihnen die Wahnvorstellungen schwinden.

Wie es scheint, kann jedoch die Berichtigung der in der Krankheit entstandenen Wahnvorstellungen unter Umständen aus-

bleiben, vielleicht dann, wenn sie durch lebhafte Gefühlsbetonung befestigt werden, und wenn das Urteil schon erheblich geschwächt ist. Namentlich die Überbleibsel aus deliriösen Zuständen haften bisweilen ausserordentlich fest und werden gelegentlich auch in späteren Anfällen noch fortgesponnen, doch scheint eine regelrechte Weiterverarbeitung zu einer krankhaft verfälschten Weltanschauung nicht stattzufinden. Buchholz*) hat eine Verbindung von Epilepsie und chronischer Paranoia beschrieben. In der Regel dürfte es sich dabei um eine Art Residualwahn handeln, der jeweils in den akuteren Krankheitszuständen entsteht oder fortentwickelt wird, ohne doch in den Zwischenzeiten diejenige Rolle im Bewusstsein zu spielen, die dem paranoischen Wahne für das gesamte Denken und Handeln regelmässig zukommt.

Die zweite Hauptgruppe der epileptischen Geistesstörungen geht mit einer mehr oder weniger stark ausgesprochenen Trübung des Bewusstseins einher; man bezeichnet sie daher als Dämmerzustände. Sie gehen indessen durch eine Reihe von Zwischenstufen in die bisher geschilderten Zustände über. Auch dort haben wir es wohl in der Regel mit einer gewissen Veränderung des Bewusstseinszustandes zu tun, die von dem Kranken als etwas Fremdartiges empfunden wird. Mit dem Schwinden der Störung fällt es ihm oft, ähnlich wie wir es beim Alkoholwahnsinn sehen, „wie Schuppen von den Augen“. Gross konnte bei einigen Fällen nachweisen, dass in solchen Verstimmungen die ersten leisen Anzeichen einer Bewusstseinstrübung, eine Verlangsamung und Erschwerung der Auffassung, vorhanden sein kann, wenn sie auch für den Beobachter nicht ohne weiteres erkennbar ist. Wir sehen auch nicht selten, dass eine einfache Verstimmung einen Dämmerzustand einleitet oder durch Alkoholeinfluss in einen solchen übergeführt wird.

Auf der anderen Seite aber begegnen uns in der Epilepsie die tiefsten Bewusstseinstrübungen, die wir überhaupt kennen; sie begleiten vor allem den epileptischen Krampfanfall regelmässig. Die Vorboten desselben bilden vielfach Verstimmungen, unruhige Träume, unangenehme, immer in gleicher Weise wiederkehrende

---

*) Buchholz, Über die chronische Paranoia bei epileptischen Individuen. 1895.

Empfindungen, Herzklopfen, geschlechtliche Erregung, Zucken in einzelnen Muskelgebieten.

Unmittelbar vor dem Anfalle können sich allerlei krankhafte Sinnesempfindungen einstellen, Lichterscheinungen, Verlust der Farbenwahrnehmung, Vergrösserung oder Verkleinerung der Gesichtsbilder, Sausen, Klingen und Brodeln in den Ohren, Hören bestimmter Worte, eigentümliche Gerüche, nach „Essen", nach kaltem Tabak, Tintengeschmack, Kopfschmerzen, Hitzegefühl, Zucken, Stechen, Kribbeln in verschiedenen Körperteilen, Empfindung von Nässe oder Kälte (Aura). Bestimmte Gedanken, Zweifel am Dasein Gottes, Erinnerungen tauchen auf, identifizierende Erinnerungsfälschungen, Worttaubheit, aphasische Störungen, einförmiges Wiederholen derselben Worte, Zwangsantriebe, unwillkürliche Bewegungen; das Bewusstsein trübt sich, und der eigentliche Anfall beginnt, häufig mit einem Schrei. In der Regel dauern diese Vorläufer, die sich etwa in 30—50% der Fälle finden, nur ganz kurze Zeit, wenige Minuten oder Sekunden. Bisweilen vermögen die Kranken in diesem Zustande den Ausbruch des Anfalles durch besondere, der Erfahrung entnommene Massregeln zu verhindern, Verschlucken von Salz, bestimmte Bewegungen, starke Anspannung der Aufmerksamkeit. Eine meiner Kranken vermochte sich öfters dadurch zu helfen, dass sie laut ausrief: „Gelobt sei Jesus Christus".

Mit dem Anfalle selbst, der vielfach blitzartig einsetzt, erlischt das Bewusstsein sofort. Die Auffassung äusserer Eindrücke wie die Erzeugung von Vorstellungen sind vollständig aufgehoben, und an Stelle der Willenshandlungen treten unwillkürliche Muskelzusammenziehungen. Zunächst tritt eine plötzliche Erschlaffung der Körpermuskeln ein; der Kranke stürzt rücksichtslos zusammen, unter Umständen in das brennende Feuer oder in die Jauchegrube. Einer meiner Kranken ertrank vor den Augen des Wärters in der Badewanne, in die er beim Trinken aus dem Wasserhahne kopfüber stürzte, ohne dass es möglich gewesen wäre, den angekleideten, schweren, starren Körper schnell genug wieder herauszuholen. Den zweiten Abschnitt des Anfalles bildet eine ebenfalls plötzlich einsetzende allgemeine tonische Starre der gesamten Muskulatur; dann folgen nach kurzer Frist die heftigen, zuckenden Krampfbewegungen der verschiedensten Muskelgrup-

pen, deren Schilderung im einzelnen hier nicht unsere Aufgabe ist. Während der ganzen Dauer dieser tonischen und klonischen Krämpfe, die sich auf einige Minuten erstrecken kann, ist das Bewusstsein, soweit wir das zu beurteilen vermögen, völlig aufgehoben. Die Kranken sind unempfindlich gegen die schwersten Verletzungen, zerbeissen sich rücksichtslos die Zunge, schlagen mit dem Kopfe auf den Boden auf, bleiben mit dem Gesichte am glühenden Ofen liegen. Die Pupillen sind weit und starr, bisweilen nach anfänglicher Verengerung; auch krampfartige Schwankungen ihrer Weite sind beobachtet worden. Die Augen zeigen ebenfalls lebhafte, zuckende Bewegungen, sind nach oben gerollt. Die Reflexe sind erloschen; nicht selten lässt sich das Babinskische Zeichen nachweisen. Häufig erfolgt unwillkürlicher Abgang von Harn und Stuhl, auch Samenentleerung. Alle Willkürbewegungen haben aufgehört.

Auch nach dem Anfalle, wenn dem Sturme des Krampfes die Erschlaffung gefolgt ist, besteht zunächst noch eine mehr oder weniger tiefe Benommenheit, die unmittelbar in einen längeren, schweren Schlaf übergehen kann. Die Rückkehr des Bewusstseins erfolgt selten rasch und mit einem Schlage, in der Regel allmählich durch einen kürzer oder länger dauernden Zustand von Unbesinnlichkeit hindurch. Die Kranken verstehen die an sie gerichteten Fragen nicht und vermögen nicht zu antworten, reden verworren, paraphasisch; sie wissen nicht recht, wo und in welcher Lage sie sich befinden, verkennen die Personen, wälzen sich herum, zupfen, wühlen, suchen sich zu entkleiden, legen sich ins Bett, machen Gehbewegungen, wie um eine Treppe zu ersteigen, trinken aus dem Nachtgeschirr, stecken allerlei erreichbare Gegenstände in die Tasche. Unzweifelhaft finden dabei nicht selten lebhafte Sinnestäuschungen statt.

Die einzelnen Teilerscheinungen des epileptischen Anfalles sind bis zu einem gewissen Grade voneinander unabhängig. Von den voll entwickelten Krampfanfällen führen die mannigfaltigsten Übergänge zu solchen Formen hinüber, in denen diese oder jene Störungen nur gerade noch angedeutet oder gänzlich verschwunden sind. So kann die Bewusstseinstrübung in dem Bilde des Anfalles vollkommen fehlen. Allerdings sind dann auch die Krampferscheinungen nur wenig entwickelt; es kommt zu umschriebenen

Zuckungen, Schleuderbewegungen, plötzlichem unwillkürlichem Versagen eines Fusses oder Armes; auch periodische Augenmuskellähmungen und verschiedenartige vasomotorische Störungen, Herzklopfen, Speichelfluss, Schweissausbruch, sind als abgeschwächte Formen des epileptischen Anfalles beobachtet worden.

Für uns sind jedoch von weit grösserer Bedeutung diejenigen Fälle, in denen die Krampf- und Lähmungserscheinungen mehr und mehr gegenüber der Bewusstseinsstörung in den Hintergrund treten. Zunächst sind hier jene Formen zu erwähnen, bei denen sich der Krampf nur durch ein leichtes Verdrehen der Augen, rasch vorübergehende starre Haltung, einige eigentümliche, stereotype Bewegungen, unverständliche Ausrufe, krampfhaftes Lachen gerade noch andeutet. Das Bewusstsein pflegt dabei für ganz kurze Zeit getrübt zu sein, so dass die Kranken hinterher von ihrem auffallenden Benehmen nichts wissen. Ebendahin gehören manche Fälle der sogenannten „Epilepsia procursiva". Die Kranken stehen hier unter Schwinden des Bewusstseins plötzlich auf, gehen rasch fort, starren vor sich hin, oder sie laufen einige Schritte vorwärts. Damit kann der Anfall abgeschlossen sein, oder es folgen nunmehr noch die gewöhnlichen Krämpfe. Auch die von de Sanctis beschriebenen musikalischen Anfälle, das plötzliche triebartige Singen, wäre hier zu erwähnen. Alle diese Formen des epileptischen Anfalles führen allmählich zu denjenigen Gestaltungen desselben hinüber, die man als „petit mal" im Gegensatze zu dem „grand mal" des ausgebildeten Krampfanfalles zu bezeichnen pflegt. Von diesen abgeschwächten Störungen wollen wir hier namentlich die Schwindelanfälle, die Ohnmachten und die Schlafanfälle namhaft machen, in denen sich gewissermassen Lähmungserscheinungen mit Bewusstseinstrübung verbinden. Ein etwas anderes Gepräge tragen die kurzen Bewusstseinslücken oder Absencen. Sie sind dadurch gekennzeichnet, dass der Kranke plötzlich in seiner Beschäftigung, in der Unterhaltung abbricht und regungslos in der eingenommenen Stellung verharrt, um nach wenigen Sekunden ohne Bewusstsein des Vorgefallenen fortzufahren, als ob nichts geschehen wäre.

Mit dieser zuletzt genannten Form der epileptischen Anfälle haben wir ein Gebiet betreten, auf dem die körperlichen Teilerscheinungen des ausgebildeten Krampfanfalles vollständig

in den Hintergrund getreten sind. Wir knüpfen damit wieder an die früher besprochene Reihe von Störungen an, bei der sich die Krankheitszeichen ebenfalls lediglich auf psychischem Gebiete geltend machten, und die wir daher mit den einfachen Dämmerzuständen unter dem Namen der „psychischen Epilepsie"*) zusammenfassen können. Im Bilde des grossen epileptischen Anfalles sehen wir die Verstimmungen, Sinnestäuschungen, paranoiden Störungen ohne Bewusstseinstrübung gewöhnlich mehr als Vorboten oder Aura auftreten, während die Dämmerzustände häufiger den Krämpfen zu folgen pflegen, weit seltener sich schon vorher entwickeln.

Je nach dem zeitlichen Verhältnisse zu den Krampfanfällen pflegt man ein „präepileptisches" und ein „postepileptisches" Irresein zu unterscheiden, eine Trennung, die unter dem angeführten Gesichtspunkte eine gewisse Berechtigung hat. Durchgreifende Unterschiede bestehen jedoch zwischen jenen beiden Formen nicht. Vielmehr dürfen wir annehmen, dass wir es hier wie dort mit derselben Reihe von Krankheitserscheinungen zu tun haben, die nur im einen Falle sich langsam entwickelt, im anderen langsam wieder verschwindet. Oft genug schieben sich auch einer oder mehrere Krampfanfälle in den Ablauf eines längeren psychischen Anfalles ein, so dass prä- und postepileptische Störungen ohne Grenze ineinander fliessen.

Die einfachsten und häufigsten Formen der epileptischen Dämmerzustände tragen das Gepräge einer traumhaften Benommenheit, die vielfach auch von Sinnestäuschungen begleitet wird. Die Auffassung und der Gedankengang der Kranken trübt sich; sie verkennen Personen und Örtlichkeit, hören Stimmen, Glockenklingen, Summen und Wirbeln im Kopfe, sehen die Umgebung in unheimlicher, veränderter Gestalt. Das Zimmer ist voll Rauch; Raben folgen ihnen krächzend; die Wellen des Flusses scheinen emporzusteigen. Zusammenhangslose Wahnvorstellungen tauchen auf. Die Kranken halten die Mitkranken für arme Seelen, meinen, sie seien chloroformiert oder seziert worden, erklären, sie seien der Grossherzog oder der grosse Kaiser Joseph. In diesem Traumzustande begehen sie allerlei verkehrte Handlungen, verlassen ihre

---

*) Ducosté, de l'épilepsie consciente et mnésique et en particulier, d'un de ses équivalents psychiques: le suicide impulsif conscient. 1899.

Arbeit, irren planlos herum, haben auch oft die Neigung, reichliche Mengen Alkohol zu sich zu nehmen. Nach wenigen Stunden oder Tagen erwachen sie ohne klare Erinnerung an das Vorgefallene, sehr verwundert, sich in der inzwischen entstandenen Lage wiederzufinden. Ein junges Bauernmädchen lief in einem solchen Anfalle beim Mähen in einen Bach, dabei immer noch mechanisch die Bewegung des Mähens fortsetzend. Später legte sie in einem ähnlichen Zustande zweimal Feuer an (sehr häufig bei jugendlichen Epileptikern!) und verübte eine Reihe von Diebstählen, indem sie alle Gegenstände, die ihr unter die Hände kamen, in einem versteckten Winkel zusammentrug. Ein anderer Kranker zündete sein Bett an, in der Absicht, sich Kaffee zu kochen. Wieder ein anderer klagte sich in Briefen an die Polizei mit allen Einzelheiten verschiedener, gar nicht begangener Verbrechen an, einmal eines unsittlichen Angriffes, ein anderes Mal des Totschlages. Wegen des ersteren wurde er verurteilt, und erst in der späteren Untersuchung konnte die Wahnhaftigkeit auch jener früheren Selbstbeschuldigung festgestellt werden. Der Kranke gab an, er könne sich zu gewissen Zeiten des Gedankens durchaus nicht erwehren, dass er dies und jenes verbrochen habe; es sei ihm, als ob Jemand hinter ihm stehe und ihm zurufe, er müsse sich jetzt der Polizei anzeigen. „Ich habe es mit nichts zu tun gehabt, als mit Mord und Totschlag," erklärte er später.

In manchen Fällen zeigen die Kranken bei traumhafter Bewusstseinstrübung mehr eine heitere, ausgelassene Erregung, in der sie zunächst ganz den Eindruck von Angetrunkenen machen können. Sie treten patzig und selbstbewusst auf, schreien, johlen, toben, schimpfen, lachen, tanzen herum, entkleiden sich, geben Antwort, verstehen aber ihre Umgebung nicht und kümmern sich auch nicht um dieselbe. Endlich gehören hierher manche Beobachtungen, in denen unter dumpfer Benommenheit eine triebartige geschlechtliche Aufregung periodisch hervortritt. Solche Kranke masturbieren, selbst ganz öffentlich, entblössen ihre Genitalien auf der Strasse vor Frauenspersonen oder Kindern, begehen geschlechtliche Angriffe. Gar nicht selten geben derartige Zustände bei Soldaten Veranlassung zu ärztlicher Begutachtung, da in ihnen leicht Gehorsamsverweigerung und namentlich auch Fahnenflucht begangen werden.

Recht häufig sind solche Dämmerzustände in der Form des Nachtwandelns. Andeutungen desselben (lautes Sprechen im Schlafe, Aufrichten und lebhafte Bewegungen im Bette) kommen allerdings wohl auch ohne eigentlich epileptische Grundlage bei nervös veranlagten Kindern zur Beobachtung. Die Handlungen der Kranken sind auch hier gewöhnlich sehr einfache, durch vielfache Gewöhnung eingeübte; sie stehen aus ihrem Bette auf, gehen im Zimmer oder im Hause herum, zünden Licht an, schüren den Ofen, schliessen Türen auf und zu u. dergl., um sich dann nach kurzer Zeit (einige Minuten bis 1/2 Stunde) meist wieder ruhig ins Bett zu legen. Die Augen sind dabei geschlossen oder halb geöffnet, starr. Die Wahrnehmung der Aussenwelt ist sehr beschränkt; es werden nur diejenigen Gegenstände bemerkt, die der Kranke gerade vor sich hat; alles übrige entgeht ihm. So kommt es, dass der Nachtwandler sich nur mit solchen Dingen zu beschäftigen pflegt, die sich an ihrem gewohnten Platze befinden; ein wirkliches planmässiges „Suchen“ ist in diesem Zustande kaum möglich. Die Auffassung der Umgebung scheint eine traumhaft verfälschte zu sein; der Nachtwandler, der durch das Fenster steigt, hält dieses für eine Tür u. s. f.

Die Bewegungen tragen meist die Zeichen des Automatenhaften an sich, gehen aber zweifellos oft aus Bewusstseinsvorgängen hervor, da sie in der Vermeidung und Überwindung von Hindernissen bisweilen die Spuren einer, wenn auch nur dunklen, Überlegung verraten. Die Sicherheit, mit welcher Nachtwandler sich manchmal in schwieriger Lage, bei Wanderungen auf Dächern bewegen, erklärt sich lediglich aus ihrer unvollkommenen Auffassung, welche ihnen die Gefahr nicht zum Bewusstsein kommen lässt und somit die Entstehung der ängstlichen Gefühlsregungen hindert, durch die ja unsere Unsicherheit bei schwindelerregendem Klettern bedingt wird. In seltenen Fällen erheben sich die Leistungen von Nachtwandlern über diese einfachen Vorgänge hinaus zu höheren psychischen Verrichtungen. Es werden Beispiele erzählt, in denen man mit derartigen Kranken lange Gespräche über gleichgültige Dinge führen konnte, in denen Gedichte angefertigt, Rezepte ausgeführt und Aufgaben gelöst wurden. Die Verwandtschaft mit den hypnotischen Dämmerzuständen liegt hier sehr nahe.

Meist genügen schon kräftiges Anreden oder doch Anspritzen mit kaltem Wasser und ähnliche stärkere Reize, um den Nachtwandler aus seinem Zustande zu erwecken. Aus naheliegenden Gründen muss man sich hüten, das Erwachen in irgend einer gefährlichen Lage herbeizuführen, weil die sich sofort einstellenden lebhaften Affekte dem Gefährdeten die Sicherheit der Bewegung alsbald rauben. Ausgedehntere Anfälle von Somnambulismus machen sich am nächsten Morgen beim Erwachen gewöhnlich durch das Gefühl einer gewissen Ermattung und Abgeschlagenheit bemerklich. Dabei ist die Erinnerung an die ausgeführten Handlungen erloschen, doch gelingt es in der Regel, sie mittelst der Hypnose mehr oder weniger vollständig wieder zu erwecken.

Wahrscheinlich ebenfalls auf epileptische Grundlage zurückzuführen sind jene vereinzelten Beobachtungen, in denen bei plötzlichem Erwachen aus dem Schlafe eine mehr oder weniger lange Andauer der Bewusstseinstrübung mit illusionärer Verfälschung der Wahrnehmung besteht. Die Erwachenden glauben sich, unter Fortspinnen beängstigender Traumvorstellungen, in grosser Gefahr und begehen in ihrer Verwirrung bisweilen äusserst gefährliche Handlungen, namentlich Angriffe auf Schlafkameraden. Wir dürfen wohl annehmen, dass hier Anfälle im Schlafe voraufgegangen sind. Hermann*) hat Epileptiker aus dem Schlafe nach Anfällen erweckt und festgestellt, dass unter solchen Umständen in der Tat regelmässig ein kurz dauernder Zustand von Unbesinnlichkeit und Klarheit mit unsinnigen Handlungen zur Beobachtung kommt.

Die ausgeprägteren und länger dauernden Formen einfacher Bewusstseinstrübung werden als epileptischer Stupor bezeichnet. Zuweilen bleibt dabei die äussere Ordnung des Handelns einigermassen erhalten; die Kranken arbeiten, essen, sprechen, aber alles wie im Traume und ohne klares Verständnis, auch ohne rechte Erinnerung, können die einfachsten Fragen nicht beantworten, wissen ihren Namen, ihr Alter nicht anzugeben. Meist jedoch zeigen die Kranken einen schwer benommenen, stieren Gesichtsausdruck, sprechen nicht oder bringen höchstens ein-

---

*) Hermann, Russische Medicinische Rundschau, II, 129. 1903.

zelne abgerissene, zusammenhangslose, stotternde oder flüsternde Worte hervor, finden die Bezeichnungen für vorgehaltene Gegenstände nicht. Äusserlich verhalten sie sich ruhig, bleiben steif im Bett liegen, können sich nicht rühren, verunreinigen sich, kümmern sich nicht um die Vorgänge in ihrer Umgebung, antworten auf keine Anrede, lassen die Fliegen auf ihrem Gesichte herumkriechen. Öfters besteht Echolalie oder Echopraxie; die Bewegungen sind vielfach unsicher und zittrig. Bei äusseren Einwirkungen widerstreben die Kranken meist sehr heftig, unter Umständen auch durch plötzliche, rücksichtslose Angriffe, doch wird in einzelnen Fällen wenigstens zeitweise Katalepsie beobachtet. Aus den Ausdrucksbewegungen der Kranken, ihrem ängstlichen Zusammenkauern, Kopfschütteln, Händefalten, Knieen lässt sich entnehmen, dass sie wahrscheinlich von verworrenen Wahnideen beherrscht sind, welche am häufigsten einen schreckenerregenden, grauenvollen, hie und da jedoch auch einen beglückenden, religiös-ekstatischen Inhalt zu haben scheinen. Sie glauben in der Hölle zu sein, in der übernatürlichen Welt, sehen den Erzengel Michael mit flammendem Schwert, selige Geister mit schneeweissen Kränzen. Die Nahrung wird in der Regel ganz oder teilweise verweigert; das Körpergewicht sinkt rasch; der Puls ist klein und langsam; bisweilen beobachtete ich starkes Schwitzen. Triebartige Selbstmordversuche sind nicht selten.

Die Dauer dieses Zustandes beträgt in den leichtesten Fällen nur 1—2, gewöhnlich aber 8—14 Tage, bei sehr schwerem Verlaufe auch wohl erheblich mehr. Die Lösung ist fast immer eine allmähliche. Der Kranke wird im Verlaufe einiger Tage klarer, orientiert sich wieder über seine Umgebung, hat keine oder nur sehr undeutliche Erinnerung an den Anfall; „es fehlten mir zwei Tage", sagte ein solcher Kranker. Höchstens weiss er anzugeben, dass ihm allerlei Schreckliches vorgekommen sei und er grosse Angst gehabt habe, ist auch wohl noch einige Tage gedrückt und niedergeschlagen. Einige Male sah ich während des allmählichen Schwindens der Bewusstseinstrübung eine ausserordentliche Suggestibilität bestehen, die ganz an das Verhalten in der Hypnose erinnerte. Namentlich bei einer jungen Frau war es möglich, sie zu der Überzeugung zu bringen, bald dass sie 7, bald dass sie 70 Jahre alt sei, ein künstliches Gebiss trage, von einem Bären

gebissen worden sei, gestohlen habe, einen erwachsenen Sohn in Amerika besitze und dergl. Mehrere Tage lang ging sie auf alle diese Suggestionen ein, ergänzte sie und hielt sie fest, allerdings in stumpfer, teilnahmloser Weise. In einzelnen Fällen verschwindet die Benommenheit und Verworrenheit ungemein langsam. Die Kranken werden zwar allmählich freier in ihrem Benehmen, stehen auf, gehen herum, halten sich sauber, fangen auch wohl an, sich etwas zu beschäftigen, bleiben aber lange Zeit hindurch stumm, gebunden, unzugänglich, schwerfällig, ziehen sich von ihrer Umgebung zurück. So können unter immer wiederholten Rückfällen mit Krämpfen Monate vergehen, und auch nach der endgültigen Besserung bleibt der Kranke lange Zeit hindurch unklar, zerfahren und stumpf.

Die praktisch bei weitem wichtigste Geistesstörung der Epileptiker ist das ängstliche Delirium, welches viel häufiger, als der Stupor, auch ohne Verbindung mit Krampfanfällen, beobachtet wird. Die Entwicklung des Zustandes vollzieht sich rasch, innerhalb einiger Minuten oder längstens Stunden. Häufig gehen allerdings schon kurze Zeit Verstimmungen, ängstliche Träume, eigenartige Empfindungen und Benommenheit voraus, bis dann plötzlich der eigentliche Anfall losbricht. Vielfach wird die Einleitung durch eine ganz bestimmte, sich regelmässig wiederholende Sinnestäuschung gebildet; namentlich bemerkenswert ist der „schwarze Mann“ und das Sehen von roten Gegenständen, Blut, Flammen, Mann im roten Mantel u. s. f. Der Kranke verliert völlig die Orientierung; seine Umgebung verändert sich; Sinnestäuschungen und ängstliche Wahnbildungen treten auf. Er fasst nur sehr unvollkommen auf, was um ihn herum vorgeht, lauscht auf die Stimmen, die ihn beschimpfen und bedrohen. Er soll wegen Onanie bestraft werden, hört Gott sprechen, das Totenwägelchen fahren, muss sterben, hat etwas angerichtet, fühlt sich gepackt, sieht sich von Teufeln, Gespenstern, wilden Tieren, grossen Volksmassen umgeben, die aus der Wand kommen und oft von allen Seiten gegen ihn anrücken. Vor dem Fenster steht ein Mann, der ihn erschiessen will; er hat schon Kugeln im Leibe; der Arzt führt Böses im Schilde; Milch und Brot schmecken nach Schwefel. Schlachten werden geschlagen, ein furchtbares Blutbad angerichtet; er watet im Blut und schreitet über Leichen; Mutter

und Schwester sind auf der Eisenbahn umgekommen; das Haus wird in die Luft gesprengt. Man führt ihn in einen unterirdischen Gang, in welchem auf schrecklichen Marterwerkzeugen Menschen und Tiere zerstückelt werden. Alles stürzt über ihm zusammen; Luft und Licht wird ihm abgeschnitten; das jüngste Gericht bricht herein; er fährt in die Hölle. Zugleich bemächtigt sich seiner die äusserste Todesangst, so dass er zitternd sein Ende erwartet, ein Stossgebet nach dem andern stammelt oder in feierlichen Worten sein Leben in Gottes Hände legt. Dazwischen schieben sich fabulierende Äusserungen; der Kranke ist gestern mit der Postkutsche angekommen, zum Militär eingezogen worden, hat mit dem Grossherzog gesprochen. Bisweilen erscheinen auch Gott und Christus, schenken ihm die Freiheit, verheissen ihm Gnade, krönen ihn zum Friedenskaiser, führen ihn auf prächtigem Wagen ins Paradies, in den Himmel, wo ihm seine selige Mutter erscheint; doch sind solche freudigen Erhebungen regelmässig nur rasch vorübergehende Einschiebsel.

Die mehr oder weniger deutlich ausgesprochene Grundstimmung des ganzen Anfalles bleibt immer ängstliche oder zornige Erregung. Sie treibt den Kranken nur allzu häufig zu grässlichen Gewalttaten, die sich durch die rücksichtslose Rohheit ihrer Ausführung auszuzeichnen pflegen. Ihm ist, als müsse er seiner Frau den Hals abschneiden, die Kinder aufhängen, sich erschiessen. Er sucht zu entfliehen, klettert aus dem Fenster, oder er greift in dem verzweifelten Drange, sich den vermeintlichen furchtbaren Gefahren zu entziehen oder sein Leben zu retten, blindlings zur ersten besten Waffe, um sie gegen sich selbst oder gegen seine Umgebung zu richten. Mit stark gerötetem Kopfe und stierem Gesichtsausdrucke, stumm oder kurze, abgerissene Sätze, ein unartikuliertes Schreien und Brüllen ausstossend, wütet er unter Aufgebot seiner ganzen Kraft plan- und ziellos, alles zerstörend und vernichtend, was ihm erreichbar ist. Hierhin gehören auch die öfters beobachteten Soldaten, die plötzlich blind und toll um sich schiessen und zahlreiche Personen verwunden oder töten. Vielleicht handelt es sich bei dem „Amok" der Malayen um ähnliche Zustände. Bisweilen finden die Handlungen der Kranken ihre Begründung in einer plötzlich auftauchenden Idee, einer Sinnestäuschung, einem Antriebe. So erinnere ich mich eines

Falles, in welchem ein Brauknecht durch den Teufel in Gestalt eines schwarzen Hundes zur Zerschmetterung seines schlafenden Kameraden veranlasst wurde. Ein anderer Kranker ging mit den Worten: „Bist du ein Jude, so musst du sterben“ auf einen ihm gänzlich unbekannten Mann los und brachte ihm mit einem bereit gehaltenen Messer eine schwere Verletzung bei; noch ein anderer endlich fühlte bei einer Prozession, wie sich sein Arm hob und mit voller Wucht auf eine arme alte Frau niedersauste, die am Wege sass. Hier können die Kranken für die oberflächliche Betrachtung einen ziemlich geordneten Eindruck machen und ihre Handlung zunächst in unsinniger, aber doch zusammenhängender Weise begründen.

Die Dauer des ängstlichen epileptischen Deliriums beträgt oft nur einige Stunden, höchstens ein bis zwei Wochen. Die Besonnenheit kehrt bisweilen nach einem längeren Schlafe plötzlich zurück; meist aber erfolgt die Aufhellung des Bewusstseins allmählich, so dass sich vorübergehend deliriöse und gesunde Vorstellungen in eigentümlicher Weise mischen. Einer meiner Kranken bezeichnete am letzten Tage eines solchen Deliriums mich als Gott, den klinischen Praktikanten als Christus, während er doch die ihm bereits vertrauten Räume der Klinik richtig erkannte. Unter Umständen kann der Kranke schon ganz klar und gesund erscheinen, während er in Wirklichkeit noch sehr benommen und von mannigfachen wahnhaften Erinnerungen wie Verfälschungen der Auffassung beherrscht ist, ein Verhalten, welches sich dann nachträglich erst bei vollkommener Genesung herausstellt.

Eine etwas seltenere Form der epileptischen Dämmerzustände ist das langsamer verlaufende besonnene Delirium, welches ebenfalls im Anschlusse an einen Krampf oder als selbständiger psychischer Anfall beobachtet wird. Die Bewusstseinstrübung ist hier weniger tief, so dass die Kranken äusserlich fast ganz besonnen erscheinen. Dennoch wird die Auffassung der Aussenwelt sehr stark beeinträchtigt; mannigfache illusorische und hallucinatorische Trugwahrnehmungen spiegeln dem Kranken eingebildete Gefahren vor; meist sind auch gleichzeitig Grössenideen vorhanden. Einer meiner Kranken liess sich in einem solchen Zustande Visitenkarten mit dem Namen Friedrich Fiesco, Graf

von Lavagna, drucken, steckte die Sonne eines Soldatenhelms als Ordensstern an und ging so spazieren, versuchte sich dann aber mit einer kleinen Taschenpistole zu erschiessen. Obgleich er auf einfache Fragen ganz zutreffende, oft freilich auch mit deliriösen Elementen durchsetzte Antworten gibt, lässt doch sein ganzes Benehmen eine gewisse Benommenheit und Desorientiertheit erkennen. Er ist in gereizter, meist etwas ängstlicher, selten auffallend heiterer Stimmung und begeht oft genug auch plötzliche Gewalttaten auf Grund von verschiedenartigen Wahnideen, die indessen meist nicht näher geäussert werden. In anderen Fällen wird das Bewusstsein erfüllt durch traumartige Einbildungen mit Personenverkennung und Sinnestäuschungen von häufig religiöser Färbung (Weltuntergang, jüngstes Gericht), während dessen der Kranke bei scheinbarer Besonnenheit eine Menge unsinniger, ja verbrecherischer Handlungen (Diebstähle, Brandstiftung, Auflehnung gegen die Staatsgewalt, Sittlichkeitsverbrechen) begehen kann, ohne irgendwelche Einsicht in die Bedeutung derselben zu besitzen. Solche Zustände können Wochen, ja eine Anzahl von Monaten dauern; es können sich auch mehrere, durch kurze Zwischenzeiten getrennte Anfälle aneinanderreihen.

Die besondere Aufmerksamkeit der Irrenärzte hat vielfach die Neigung derartiger Kranker zu weiten, zwecklosen Reisen erregt, die man unter den verschiedensten Namen beschrieben hat. Über die Kranken kommt plötzlich der unwiderstehliche Drang, um jeden Preis fortzugehen, den sie je nachdem durch Herumirren zu Fuss oder durch Eisenbahn- und selbst Dampferfahrten zu befriedigen suchen. Sie lassen alles stehen und liegen, fahren ohne Gepäck, selbst ohne Geld mit dem ersten besten Zuge fort, der gerade ausgerufen wird, reisen öfters auf derselben Strecke hin und her; sie übernachten in Wäldern, Scheunen, Strohhaufen, laufen auch wohl bis zur Erschöpfung weiter. Nach Tagen oder Wochen finden sie sich irgendwo an fremdem Orte wieder. Sehr bekannt geworden ist der von Legrand du Saulle mitgeteilte Fall eines Pariser Kaufmanns, der aus einem solchen Anfalle plötzlich auf der Reede

*) E. Schultze, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie LV, 748; Münchener Med. Wochenschr. 1900, 416; Donath, Archiv f. Psychiatrie XXXII, 335; Heilbronner, Jahrb. f. Psychiatrie, 1903.

von Bombay wieder erwachte. Während der Reisen selbst können die Kranken sich annähernd geordnet benehmen, Fahrkarten kaufen, Hotels aufsuchen, Zahlungen leisten, sich unterhalten. In der Regel aber ist doch an ihnen dieser oder jener Zug auffällig. Manche machen den Eindruck von leicht Angetrunkenen; andere führen sonderbare Reden, erscheinen zerstreut, vergessen oder verlieren ihre Sachen, sitzen tagelang vor sich hinbrütend auf dem Zimmer, sind wortkarg und wenig zugänglich. Gerade die Mischung von einzelnen unvermittelten unsinnigen Handlungen und Äusserungen mit sonst geordnetem Benehmen begegnet uns in epileptischen Dämmerzuständen häufig.

Über den Zustand des Bewusstseins während der Dämmerzustände gibt uns das spätere Verhalten der Erinnerung gewisse Aufschlüsse. Recht häufig besteht eine scharf umschriebene Erinnerungslücke; von einem bestimmten Zeitpunkte an vermag der Kranke sich nicht mehr über seine Erlebnisse Rechenschaft zu geben, bis dahin, wo er sich plötzlich in einer ganz anderen Lage wiederfand, ohne zu wissen, wie sie entstanden war. Bisweilen erstreckt sich der Erinnerungsverlust auch rückschreitend auf kürzere oder längere Zeiten vor dem Anfalle, ähnlich wie das nach einfachen Krampfanfällen, Kopfverletzungen, Erhängungsversuchen beobachtet wird. Die Kranken wissen sich dann nicht an Erlebnisse zu entsinnen, die ihnen in noch zweifellos völlig gesundem Zustande begegnet sind. Alzheimer hat Fälle mitgeteilt, in denen sich der Ausfall bis auf 1½ Jahre erstreckte, so dass die Kranken nichts von ihrem Wohnungswechsel in dieser Zeit, nichts von ihrem jüngstgeborenen Kinde wussten. In der Regel fallen diese Dinge dem Kranken ziemlich plötzlich wieder ein, während die Erinnerung an die Zeit kurz vor dem Anfalle dauernd verloren sein kann. Auch die Erinnerung an die deliriösen Erlebnisse, die zunächst völlig erloschen war, kann nach einigen Tagen oder Wochen wenigstens in dunklen Umrissen wieder auftauchen. Von besonderem Interesse ist es, dass es bisweilen gelingt, durch eindringliches Ausfragen in der Hypnose die Erinnerungen wieder wachzurufen, die dem willkürlichen Besinnen vollständig unzugänglich waren.

Derartige Fälle bilden den Übergang zu jenen Beobachtungen, bei denen die Erinnerung für einzelne Erlebnisse noch erhalten

bleibt, während alles übrige verloren gegangen ist. Oft sind es ganz gleichgültige Einzelheiten, wie Siemerling betont hat, namentlich die ersten Eindrücke bei einer Ortsveränderung, die haften, während gerade die Erinnerung an die in höchster Erregung ausgeführten Gewalttaten erloschen zu sein pflegt. Gar nicht selten ist übrigens die Erinnerung auch an diese Ereignisse unmittelbar nachher und selbst bis zum Schwinden des Anfalles noch ziemlich klar, um dann rasch vollständig zu versinken. Alle diese Erfahrungen fordern zu grosser Vorsicht in der forensischen Beurteilung derartiger Fälle auf. Scheint doch der Verdacht einer Verstellung ausserordentlich nahezuliegen, wenn der Täter sich zwar an gewisse unerhebliche Nebenumstände, nicht aber an eine von ihm um dieselbe Zeit begangene Brandstiftung oder Körperverletzung erinnern will, wenn er ein anfangs zu Protokoll gegebenes Geständnis weiterhin vollständig widerruft, oder wenn er zuerst hartnäckig leugnet, später aber, anscheinend auf eindringlichen Vorhalt hin, dennoch gesteht!

Einen Schlüssel zum Verständnisse dieser, auf den ersten Blick so widerspruchsvollen Erfahrungen haben wir zunächst schon in dem Verhalten der gesunden Erinnerung. Dieselbe ist auch unter gewöhnlichen Verhältnissen nichts weniger, als lückenlos. Namentlich nach längerer Zeit sind es oft nur einzelne, ganz wie zufällig herausgeschnittene Bilder, die mit voller Deutlichkeit haften, namentlich gewisse erste Eindrücke. Dagegen vermischen wir, ganz wie das bei Epileptikern beobachtet wird, gern mehrere gleichartige Ereignisse, um die dazwischen liegenden zu vergessen. Auch an Vorgänge, die uns mächtig erregt haben, besitzen wir oft nur eine unklare Erinnerung, besonders dann, wenn wir dabei handelnd eingegriffen haben; es ist uns nachher „wie ein Traum“. Bei Epileptikern sind alle diese Unvollkommenheiten der Erinnerung nach sehr kurzen Zeiträumen nur unvergleichlich viel stärker ausgesprochen.

Das Verhalten der Erinnerung in den epileptischen Dämmerzuständen entspricht aber ferner fast vollkommen den Erfahrungen des Schlafes und Traumes. Auch hier haben wir die scharf umschriebene Erinnerungslücke; andererseits können aus dem Traume einzelne Bilder haften, während alles Andere versunken

bleibt. Oft genug vermögen wir uns die Traumerinnerungen bei oder unmittelbar nach dem Erwachen noch zurückzurufen, während sie späterhin rettungslos unserem Gedächtnisse entschwinden. Oder sie tauchen im Laufe des Tages mit oder ohne äusseren Anstoss wieder auf, nachdem wir uns vergeblich bemüht hatten, uns ihrer zu entsinnen.

Gerade diese weitgehende Übereinstimmung scheint mir neben vielen anderen Gründen sehr entschieden dafür zu sprechen, dass wir es bei den epileptischen Dämmerzuständen mit einer traumhaften Bewusstseinstrübung zu tun haben. Allerdings bleibt in nicht ganz seltenen Fällen die Erinnerung an die krankhaften Erlebnisse ganz auffallend gut erhalten. Indessen beobachten wir ja dasselbe auch bei Träumen, also bei unzweifelhafter Bewusstseinstrübung. Bonhöffer hat ferner mit Recht darauf hingewiesen, dass die Erinnerungen aus dem Dämmerzustande im Bewusstsein der Kranken dauernd eine ganz eigenartige Stellung einnehmen. Sie spielen, wie unsere Traumerinnerungen, für das wache Denken keine besondere Rolle, werden nicht weiter verarbeitet, gewinnen keine nähere Beziehung zum Persönlichkeitsbewusstsein. Der Kranke, der eine Brandstiftung im Dämmerzustande begangen hat, erzählt davon wie von der Tat eines Dritten; er macht sich keine Gedanken darüber, sucht nicht die Spuren zu verwischen, sein Unrecht wieder gut zu machen, die Wiederholung zu verhüten. Andererseits kommt es allerdings auch bisweilen vor, dass einzelne delirante Erlebnisse von den Kranken nicht berichtigt, sondern dauernd festgehalten werden, eine Erscheinung, die in ähnlicher Weise auch die geistige Verwertung von Träumen bei Naturvölkern darbietet.

Als körperliche Begleiterscheinungen der epileptischen Dämmerzustände sind Steigerung der Sehnenreflexe und starke Erweiterung der Pupillen mit sehr geringer Lichtreaktion zu nennen; mehrfach sah ich ausgeprägte Dikrotie des Pulses (Erschlaffung der Gefässwand). Ausserdem können sich, wo Krampfanfälle voraufgegangen sind, noch eine ganze Reihe von anderweitigen nervösen Zeichen bemerkbar machen, Gesichtsfeldeinschränkung, Störung des Farbensinnes, der Hautempfindlichkeit, des Geruches und Geschmackes, Herabsetzung der Muskelkraft, leichte Läh-

mungserscheinungen, schwerfällige, verlangsamte, undeutliche Sprache, Paraphasie, Nystagmus u. s. f.

Die Häufigkeit der epileptischen Dämmerzustände bei einem Kranken ist ausserordentlich verschieden. Während sie sich bisweilen in ganz kurzen Zeitabständen wiederholen, gibt es andererseits Fälle, in welchen neben sonstigen epileptischen Zufällen nur ein oder zwei Male im Leben ausgeprägte Dämmerzustände auftreten. Bei zahlreichen Epileptikern kommt es überhaupt niemals dazu. Die einzelnen Anfälle bei demselben Kranken pflegen eine sehr grosse Übereinstimmung in ihrem Inhalte und Verlaufe darzubieten. So begann das fast alljährlich wiederkehrende besonnene Delirium bei einem meiner Kranken regelmässig damit, dass er behauptete, von einem Beamten der Polizei geschossen worden zu sein. Er geriet dann in einen halb traumhaften, halb besonnenen, mehrfach von Krampfanfällen unterbrochenen Dämmerzustand hinein, aus dem er nach mehreren Wochen eines Morgens klar, aber ohne jede Erinnerung an die Zwischenzeit erwachte. —

Unter den Ursachen der Epilepsie spielt die erste Rolle ohne Zweifel die Erblichkeit. In 87% der Fälle mit genauer bekannter Vorgeschichte fand ich erbliche Veranlagung und unter diesen wieder in mehr als ein Viertel der Fälle Epilepsie bei den Eltern; Lange*) sah eine derartige Belastung nur bei 8% seiner Kranken. Umgekehrt zeigte Echeverria, dass von den Nachkommen epileptischer Eltern mehr als die Hälfte an Krämpfen erkranken. Bei den Vorfahren und Verwandten der Epileptiker beobachtet man, wie Féré mitteilt, ausserdem ungemein häufig Migräne, ferner Kinderkrämpfe, Geistesstörungen, Altersblödsinn; von ihren Kindern bleiben höchstens $^1/_5$ gesund. Eine ganz besonders grosse Bedeutung aber hat endlich der Alkoholismus für die Erzeugung der Epilepsie bei den Nachkommen; nach Wildermuths Angaben ist sein Einfluss nicht viel geringer, als derjenige geistiger Erkrankungen, 21%. Neumann stellt fest, dass in etwa 23,7% der Fälle die Epilepsie auf Trunksucht eines oder beider Eltern zurückzuführen ist. Martin kommt zu dem Schlusse, dass von den überlebenden Kindern trunksüchtiger Eltern nicht weniger als $^1/_3$ an Epilepsie erkranken. Ererbte Syphilis findet

*) Lange, Psychiatrische Wochenschrift, I, 320.

sich nach den Angaben von Bratz und Lüth*) bei Epileptikern in 4—7%. Die Schädigung wird nach ihrer Ansicht entweder durch gummöse Erkrankungen, Meningitis, Gefässveränderungen, allgemeine Ernährungsstörungen oder durch Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit gegen andere Erkrankungen bedingt. Auch bedeutenden Altersunterschieden der Eltern sowie starken gemütlichen Erregungen der Mutter während der Schwangerschaft hat man Einfluss auf die Entstehung der Epilepsie bei den Kindern zugeschrieben.

Jedenfalls entwickelt sich die Epilepsie regelmässig auf der Grundlage einer angeborenen Entartung. Häufig deutet sich dieselbe in körperlichen Zeichen an, besonders in Verbildungen des Schädels, Mikrocephalie, Hydrocephalie, Asymmetrien, oder in der „epileptischen Physiognomie“, welche durch die breite Stirn, die eingedrückte, breite Nase, durch vorspringende Backenknochen, wulstige Lippen und glänzende Augen mit auffallend weiten Pupillen gekennzeichnet wird. Dem entspricht die Erfahrung, dass ein erheblicher Teil der Epileptiker schon von Jugend auf einen gewissen Grad von Schwachsinn darbietet. Auch sonstige Entartungszeichen finden sich nicht selten. Ob die in der Vorgeschichte der Epileptiker nicht seltene Rhachitis als Ursache der Krankheit oder die gemeinsame Folge der gleichen schädigenden Einflüsse angesehen werden muss, steht noch dahin. Bédet fand in 40 Familien von Epileptikern die Lebensdauer der Eltern und Grosseltern geringer, als im Durchschnitt, auch diejenige der Geschwister herabgesetzt. Epileptiker gehören nach seinen Angaben oft kinderreichen Familien an, erzeugen aber selbst wenig Kinder, die zudem vielfach an organischen Hirnleiden zugrunde gehen.

Die Epilepsie beginnt in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle in jugendlichem Alter. Lange**) gibt an, dass von seinen Kranken 53,4% vor dem 10. Lebensjahre und nur 11,1% nach dem 20. Jahre erkrankten. Den Angaben von Lüth entnehme ich die folgenden Verhältniszahlen für das Einsetzen der Epilepsie in den einzelnen Altersklassen beider Geschlechter:

---

*) Bratz und Lüth, Archiv f. Psychiatrie, XXXIII, 621.

**) Lange, Psychiatrische Wochenschrift, I, 320.

	0—10	10—20	20—30	30—40	40—50	Über 50
M.	35,5	27,3	19,9	10,9	4,8	1,6
W.	49,4	33,0	10,1	4,8	1,8	0,9

Dabei betrug das Verhältnis der Männer 72,7 der Gesamtzahl; bei uns waren in den letzten Jahren nur etwa 15% der Epileptiker Frauen. Man erkennt ohne weiteres, dass die Hauptmasse der Erkrankungen in die Kinderjahre fällt. Vielfach scheinen die Krämpfe der ersten Lebensjahre schon den Beginn des Leidens zu bilden. Sie liessen sich bei uns in etwa 34% der Fälle nachweisen; Fürstner fand sie unter 141 Fällen, bei denen die Epilepsie vor dem 16. Lebensjahre zur Entwicklung kam, 92mal; Marie gibt sogar an, dass solche Krämpfe bei 75—80% der Epileptiker voraufgegangen sind. Wenn es auch gewiss nicht angeht, die Kinderkrämpfe ohne weiteres zur Epilepsie zu rechnen, werden wir doch in der Annahme nicht fehl gehen, dass die Hirnschädigungen, deren Zeichen sie sind, eben in einer erheblichen Zahl von Fällen weiterhin zur Ausbildung der Epilepsie führen. Freilich bleiben die ersten Anzeichen derselben, leichte Ohnmachten, Bettnässen, gelegentliches Fortlaufen, Verstimmungen, vielfach unbeachtet, bis ein stärkerer Krampfanfall, vielleicht nach übermässigem Alkoholgenusse, die Sachlage klärt. In den Entwicklungsjahren verschlechtert sich oft die Epilepsie, oder sie tritt erst jetzt deutlicher hervor. Die ersten Menses geben dazu bisweilen den Anstoss. Auch späterhin bildet sich nicht selten eine Verschlimmerung der epileptischen Zufälle zur Zeit der Menses heraus. In der Schwangerschaft werden Besserungen, aber auch Verschlimmerungen des Leidens beobachtet; ich sah einmal den ersten Ausbruch der Krankheit, ein anderes Mal die Entwicklung eines Status epilepticus bei einer Schwangeren.

Bei den Frauen ist das Überwiegen der Erkrankungen im jugendlichen Alter weit stärker ausgesprochen, als bei den Männern. Bis zum 20. Jahre erkranken ziemlich halb so viel Frauen wie Männer. Späterhin aber beträgt die Zahl der erkrankenden Frauen nur noch $^1/_5$, $^1/_6$ ja $^1/_7$ derjenigen der Männer. Diese Unterschiede könnten zum Teil damit zusammenhängen, dass beim weiblichen Geschlechte die Entwicklungsjahre eine verhältnismässig einschneidendere Bedeutung haben. Vor allem aber liegt ihre

Erklärung in den zahlreichen Schädigungen, denen der erwachsene Mann ausgesetzt ist.

Zunächst kommt die grössere Häufigkeit von Kopfverletzungen in Betracht, wie sie mit der Berufsarbeit des Mannes in Zusammenhang steht. Unter den von mir in den letzten Jahren beobachteten Fällen befanden sich fast ein Viertel, in denen solche Unfälle, allerdings oft leichterer Art, als Ursache des Leidens angeführt wurden. Alle derartigen Angaben sind schwer zu verwerten, weil sich ein bestimmter Beweis für den inneren Zusammenhang zwischen Verletzung und Erkrankung nur selten wird führen lassen. Vielfach sind auch die Verletzungen, deren Spuren wir so häufig in Form von zahlreichen und ausgedehnten Narben bei Epileptikern finden, nicht die Ursache, sondern die Folge des Leidens; der Kranke ist gefallen, weil er von epileptischem Schwindel ergriffen wurde, ohne sich des wahren Herganges recht bewusst zu werden. Dennoch dürfen wir daran festhalten, dass in einer Anzahl von Fällen ein ursächlicher Zusammenhang tatsächlich besteht. Wildermuth gibt dessen Häufigkeit nach seinen eigenen Erfahrungen auf 3,8%, nach der Statistik des deutschen Heeres auf 4,2% an. Bei einem meiner Kranken traten 4 Jahre nach einem beim Militär erlittenen Hufschlage vor die Stirn mit folgender Bewusstlosigkeit und teilweiser Zertrümmerung des Nasenbeines die ersten Anfälle auf. Den allmählich sich weiter entwickelnden Anfällen ging als Aura Stirnkopfschmerz voraus; ein Anfall wurde durch langwierige Untersuchung der verengten Nase hervorgerufen; einigen anderen, die zu kommen drohten, konnte durch Einpinselung der Nasenschleimhaut mit Cocainlösung vorgebeugt werden. Freilich darf man auch in solchen Fällen wohl annehmen, dass eine gewisse Neigung zu epileptischer Erkrankung schon vorher bestanden haben mag. So war bei jenem Kranken der Vater epileptisch gewesen.

Weitere Schädlichkeiten, die im allgemeinen das männliche Geschlecht stärker betreffen, sind akute Krankheiten, von denen namentlich Typhus, weniger Masern und Scharlach in Betracht kommen, heftige Gemütsbewegungen, Nervenverletzungen. Ferner werden Fälle berichtet, in denen der Geschlechtsakt, ein kariöser Zahn, Fremdkörper im Ohre, ein Glassplitter in der Fusssohle epileptische Krämpfe erzeugt haben. Schon die Verschiedenartig-

keit dieser letztgenannten Einflüsse lehrt uns, dass sie nicht als wahre Ursachen, sondern nur als auslösende Reize angesehen werden dürfen. Auch die Bedeutung der Syphilis für die Erzeugung von Epilepsie ist noch keineswegs genügend geklärt. Binswanger nimmt an, dass einmal die Giftstoffe der Lues unmittelbar, dann die durch sie erzeugte Blutentmischung, endlich die gröberen Gewebsveränderungen, die sie im Gefolge hat, Epilepsie hervorrufen können. Die letztere Möglichkeit ist zweifellos gegeben, wo sich ausgedehnte Gefässerkrankungen oder gummöse Veränderungen entwickeln; es erscheint aber doch fraglich, ob eine so entstandene Epilepsie mit der in der Jugend einsetzenden „genuinen" Epilepsie als wesensgleich betrachtet werden darf.

Eine ähnliche Schwierigkeit erhebt sich auch für die übrigen Formen der spät beginnenden, als Epilepsia tarda bezeichneten Erkrankungen, deren zeitliche Umgrenzung zudem recht willkürlich ist. Wir müssen auch in denjenigen Fällen, die sich in höherem Lebensalter entwickeln, vielfach mit der Möglichkeit rechnen, dass leichtere Erscheinungen, namentlich aber nächtliche Anfälle, vielleicht schon lange vorher bestanden haben, jedoch übersehen worden sind. Einzelne Schwindel- und Ohnmachtsanfälle, periodische Verstimmungen, zeitweises Bettnässen, nächtliche Zungenverletzungen, das gelegentliche Gefühl starker Abspannung oder heftige Kopfschmerzen am Morgen sind die Zeichen, die für eine solche verborgene Epilepsie sprechen können. Lüth*) kommt zu dem Schlusse, dass nach Ausscheidung derjenigen Fälle, die eine ganz andere Deutung verlangen, die eigentliche Spätepilepsie fast ausschliesslich durch arteriosklerotische Erkrankungen bedingt wird. Die so häufig begleitenden Herz- und Nierenveränderungen dürften wohl in der Regel nicht die Ursache der Epilepsie, sondern eine Teilerscheinung des arteriosklerotischen Grundleidens bilden.

Als die häufigste Ursache der Arteriosklerose konnte Lüth den Alkoholmissbrauch feststellen. Aber auch ohne das Zwischenglied der Gefässerkrankung bestehen überaus wichtige und folgenschwere Zusammenhänge zwischen Alkoholismus und Epilepsie, die vor allem geeignet sind, die auffallende Häufigkeit

*) Lüth, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LVI, 512; Schupfer, Monatsschr. f. Psychiatrie, VII, 282.

dieser letzteren bei Männern der reiferen Jahre zu erklären. Zunächst sehen wir, wie das schon früher geschildert wurde, bei Trinkern recht oft schwere Krampfanfälle auftreten, namentlich in Verbindung mit dem Delirium tremens. Bratz*) unterscheidet indessen, wie ich glaube, mit Recht, zwischen der Alkoholepilepsie im engeren Sinne und der „habituellen Epilepsie der Trinker". Die erstere ist ein unmittelbares Zeichen des schweren Alkoholismus und verschwindet längstens 1—2 Wochen nach dem Beginne völliger Enthaltsamkeit; sie unterscheidet sich auch in ihrem sonstigen klinischen Verhalten von der echten Epilepsie und muss daher von ihr streng abgegrenzt werden. Bratz betont insbesondere noch die Häufigkeit hysteriformer Zufälle.

Auf der anderen Seite aber erzeugt der Alkoholmissbrauch, allerdings ausserordentlich viel seltener, auch dauernde epileptische Erkrankungen. Wildermuth sieht Alkoholismus in 1,4% der Fälle überhaupt, aber in 6,2% derjenigen, die nach dem 20. Jahre beginnen, als Ursache der Epilepsie an. Ein Teil derselben ist wohl als arteriosklerotische Spätepilepsie aufzufassen, während es sich in einer weiteren, grösseren Gruppe von Fällen um die Erweckung und Verstärkung einer schlummernden epileptischen Veranlagung handeln dürfte. Diese Auffassung gewinnt deswegen besondere Wahrscheinlichkeit, weil wir ungemein häufig die verderbliche Wirkung beobachten können, welche selbst sehr mässige Alkoholgaben bei Epileptikern auszuüben pflegen. Zunächst haben wir hier der sogenannten pathologischen Rauschzustände zu gedenken, wie sie bei Epileptikern häufig genug beobachtet werden. Es handelt sich dabei um das Auftreten schwerer Bewusstseinstrübungen mit mangelhafter Erinnerung und meist auch heftigen, zornmütigen Erregungen infolge von verhältnismässig geringen Alkoholmengen. Das epileptische Gehirn mit seiner erhöhten Erregbarkeit ist eben ganz besonders empfindlich, „intolerant" gegen die Wirkungen des Alkohols. Begünstigt wird das Zustandekommen solcher häufig verkannter Störungen durch voraufgehende Gemütsbewegungen, welche eben gleichfalls die Erregbarkeit steigern. Ich sah zwei Fälle, in denen Kranke, die sonst nur ganz leichte Andeutungen epileptischer

*) Bratz, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LVI, 334.

Verstimmungen darboten, unter Alkoholeinfluss konträr-sexuelle Handlungen begingen, die ihrem sonstigen Fühlen vollständig fremd waren; hinterher bestand gar keine oder nur traumhafte Erinnerung. Weiterhin können wir bei Epileptikern vielfach die Erfahrung machen, dass auch die eigentlichen Anfälle durch reichlichen Alkoholgenuss mit der Sicherheit eines Experiments ausgelöst werden. Einer meiner Kranken, ein Student, verfiel regelmässig nach Kommersen in ein epileptisches Delirium, in welchem er mehrfach nur mit genauer Not an der Ausführung des Selbstmordes verhindert werden konnte. Recht häufig ist auch die Verbindung von alkoholischen mit epileptischen Delirien. Wir sehen dann das Zittern und die eigenartigen lebhaften Gesichtstäuschungen der Trinker sich mit den religiösen Vorstellungen und der ängstlichen Gewalttätigkeit der Epileptiker vermischen.

Endlich aber kann es keinem Zweifel unterliegen, dass leichte epileptische Zufälle unter dem Einflusse geistiger Getränke in schwere und schwerste Formen übergeführt werden können. Fälle dieser Art sind es, welche man unter dem Namen der Dipsomanie*) zu einem Krankheitsbilde zusammengefasst hat, das nach meiner Überzeugung der Epilepsie angehört, so weit es überhaupt als ein einheitliches angesehen werden kann. Wir haben es dabei mit dem anfallsweise auftretenden Drange zu ganz unsinnigem Missbrauche geistiger Getränke zu tun. Wie sich bei genauerem Befragen herausstellt, beginnt der Anfall regelmässig mit einem Zustande, der vollständig den oben geschilderten epileptischen Verstimmungen gleicht, mit Unbehagen, Beklemmungsgefühlen, tiefer Traurigkeit, Lebensüberdruss, erhöhter Reizbarkeit, Eingenommenheit des Kopfes, Appetitmangel, Schlaflosigkeit, bisweilen auch geschlechtlicher Erregung. Smith fand dabei vorübergehende Vergrösserung der Herzdämpfung. Gleichzeitig bemächtigt sich des Kranken eine lebhafte innere Unruhe und damit die triebartige Begierde, sich durch den Alkoholgenuss Erleichterung zu verschaffen, so dass er alles stehen und liegen lässt und „im hellen Galopp“ der Kneipe zueilt. Unter dem Einflusse des Alkohols kommt es dann in einer Reihe von Fällen zur Entwicklung eines gewöhnlichen epileptischen Dämmerzustandes, in welchem

*) Gaupp, Die Dipsomanie. 1901.

der Kranke schimpft und lärmt, gewalttätig wird, sinnlose Reisen unternimmt.

Damit ist natürlich die Auffassung der Krankheit gesichert. So kannte ich einen Herrn, der regelmässig nach einigen Tagen reizbarer Verstimmung ganz plötzlich davonlief, jede ihm erreichbare Menge schwerster alkoholischer Getränke hinunterstürzte und dann in tiefer Bewusstlosigkeit irgendwo aufgefunden wurde, einmal auf dem Eise eines Flusses, wo er die Nacht zugebracht hatte. Ein anderer, sonst sehr nüchterner Kranker, der ausser zwei Ohnmachtsanfällen keine Zeichen von Epilepsie dargeboten hatte, geriet unter dem Einflusse des Alkohols, zu dem er in seinen Verstimmungen griff, in stundenlanges, zwangsmässiges Schimpfen und Singen; dabei machte er nur den Eindruck leichter Angetrunkenheit, vermochte sich aber später durchaus seiner Erlebnisse nicht mehr zu entsinnen. Er wurde mehrfach wegen Majestätsbeleidigung verurteilt, die er in solchen Zuständen begangen hatte. In einem weiteren Falle trat nach dem durch Verstimmungen eingeleiteten Alkoholgenusse tage- und wochenlange leichte Benommenheit auf, in welcher der Kranke viel trank, planlos herumfuhr, bis er schliesslich irgendwo ohne Geld und ohne Wertsachen, in verwahrlostem Zustande wieder zu sich kam, völlig im unklaren über das, was inzwischen mit ihm vorgegangen war. Die psychische Veränderung war dabei äusserlich so geringfügig, dass sie von den Personen, mit denen er in Berührung kam, durchaus nicht bemerkt wurde. Einmal stellte sich zu seinem Schrecken nachträglich heraus, dass er, ein wohlhabender Kaufmann, während einer solchen Zeit mit einem Tierbändiger einen für jenen äusserst vorteilhaften Vertrag auf Errichtung einer Menagerie abgeschlossen und sich dadurch um Tausende geschädigt hatte.

Durch diese Erfahrungen wird ein Licht auf jene Fälle geworfen, in denen bei Dipsomanen typisch epileptische Störungen ausbleiben und der Kranke nur in einen rauschartigen Zustand gerät, in welchem er fortfährt, fast ohne Unterbrechung Wein, Bier, Schnaps, selbst Spiritus Tag und Nacht in grossen Mengen hinunterzustürzen. Meist kehrt er nicht eher nach Hause zurück, als bis das letzte Geldstück vertrunken ist, ja er verkauft und versetzt die Kleidungsstücke von seinem Leibe, um seine krank-

hafte Gier zu befriedigen. „Ich muss trinken und will nicht trinken“, sagte mir ein solcher Kranker, „es ist von innen heraus ein Trieb“. Dabei besteht Schlaflosigkeit, vollständiger Appetitmangel und eine deutliche Unruhe und Unstetigkeit. Der Kranke kann nirgends lange aushalten, läuft von einem Wirtshause ins andere, fährt planlos in benachbarten Ortschaften herum; seltener setzt er sich finster und unzugänglich an einen entlegenen Tisch, ohne sich um die Umgebung zu kümmern. Meist sind die Kranken freigebig, säen das Geld mit vollen Händen aus, werden aber sofort gereizt und selbst gewalttätig, sobald man ihrem Trinken Einhalt tun will. Trotz der grossen Mengen des genossenen Alkohols kommt es in der Regel doch nicht zu sinnloser Betrunkenheit. Nach einigen Tagen oder Wochen hört das Trinken plötzlich auf; es stellt sich unter starkem Ekelgefühl ein bisweilen von Delirien und Sinnestäuschungen begleiteter Kollapszustand ein, in welchem auch die körperlichen Folgen der Unmässigkeit, Erbrechen, Appetitmangel, Magenkatarrh, Unsicherheit der Bewegungen, Zittern, stark hervortreten. Aus ihm geht der Kranke verhältnismässig gesund hervor und zeigt oft eine tiefe Reue über das Vorgefallene sowie Abscheu gegen den Alkohol, aber meist nur eine ziemlich unklare Erinnerung.

Trotz aller guten Vorsätze wiederholen sich die Anfälle in mehr oder weniger regelmässigen Abständen ohne besonderen äusseren Anlass in genau gleicher Weise. Die Zwischenzeiten, während derer die Kranken entweder gar keine oder doch nicht übermässig geistige Getränke zu sich zu nehmen pflegen, betragen einige Wochen oder Monate („Quartalsäufer“), seltener Jahre; sie pflegen sich bei längerem Bestande des Leidens allmählich zu verkürzen, wobei sich zugleich mehr und mehr eine Herabsetzung der sittlichen Widerstandsfähigkeit und namentlich auch die körperlichen Zeichen des Alkoholmissbrauches herausbilden.

Dies ist das eigentliche Bild der Dipsomanie. Von ihm zu der ersterwähnten Gruppe führt eine ununterbrochene Reihe von Übergängen, durch welche die innere Übereinstimmung beider zweifellos dargetan wird. Eine weitere Bestätigung für diesen Satz wird durch die Erfahrung geliefert, dass auch bei den Dipsomanen im engeren Sinne unabhängig vom Alkohol die gleichen Verstimmungen auftreten wie bei den sonstigen Epileptikern. Endlich

aber finden sich Fälle, bei denen einzelne Anfälle zwar in der Form der Dipsomanie verlaufen, während andere Male, vielleicht auch nur ein einziges Mal im Leben, der Rausch unvermutet in einem epileptischen Dämmerzustande endigt. Führen hier die Verstimmungen und der Wunsch, sich Erleichterung zu verschaffen, zum Alkoholmissbrauche, so sind die Epileptiker auch sonst in grosser Gefahr, Trinker zu werden. Ihre Widerstandsfähigkeit gegen den Alkohol pflegt herabgesetzt zu sein, so dass leicht schwere Vergiftungserscheinungen auftreten. „Die Anfälle kommen immer nach solchen Genüssen (Biertrinken); das kann seine Natur nicht vertragen“ schrieb mir der Bruder eines Kranken. Ferner haben viele Epileptiker, da sie von trunksüchtigen Eltern abstammen, von Jugend auf durch Vererbung und Erziehung schon die Neigung zum Trunke. Endlich aber sind sie wegen der erheblichen Schwankungen ihrer Arbeitsfähigkeit, die das Leiden bedingt, in grosser Gefahr, in die Klasse der Landstreicher und Obdachlosen herabzusinken, bei denen die Verführung zum Trinken eine so verhängnisvolle Rolle spielt.

Über das Wesen der Epilepsie gehen die Anschauungen noch ziemlich weit auseinander. Zunächst steht es fest, dass in einer gewissen Anzahl von Fällen gröbere Hirnveränderungen aufgefunden werden. Wildermuth teilt mit, dass 13,3% seiner Fälle auf Polioencephalitis, 5,8% auf anderweitige Rindenerkrankungen zurückzuführen seien. In der Tat begegnen uns öfters die Reste früherer Hirnerkrankungen, Hemiparesen, Hemiathetose, Kontrakturen. Anatomisch entsprechen ihnen Porencephalien, encephalitische Narben, seltener einmal Missbildungen, multiple Tuberkel, Geschwülste u. s. f. Aber auch in denjenigen Fällen, die wir als „genuine“ Epilepsie zu betrachten pflegen (nach Wildermuth 82%), scheinen sich häufig genug allerlei Veränderungen zu finden, die nicht ohne Beziehung zu den klinischen Erscheinungen sein dürften. Im Status epilepticus fand Kazowsky starke Blutüberfüllung, Infiltration der Gefässwandungen und des Hirngewebes mit Leukocythen, zahlreiche Blutaustritte und Veränderungen an den Nervenzellen. Auch Weber*) konnte ähnliche Be-

*) Weber, Beiträge zur Pathogenese und pathologischen Anatomie der Epilepsie, 1901; Alzheimer, Monatsschrift f. Psychiatrie, IV, 345; Bratz, Archiv f. Psychiatrie, XXXI, 820; Hajós, ebenda XXXIV, 541.

funde erheben. Dass der Spätepilepsie namentlich arteriosklerotische, hie und da auch luetische Erkrankungen zugrunde zu liegen pflegen, wurde oben angedeutet. Chaslin hat ferner bei der Epilepsie eine weit verbreitete Vermehrung und Verdickung der Gliafasern nachgewiesen, die vorzugsweise die oberen Rindenschichten betraf und sich an einzelnen Stellen strudelförmig in die Rinde hineinerstreckte. Ebenso fand Bleuler bei 26 Epileptikern mit chronischer Verblödung regelmässig eine sehr auffallende Wucherung der Glia in den obersten Rindenschichten („Randgliose"). Auch Alzheimer kam zu gleichen Ergebnissen; er ist geneigt, die Randgliose als den Ausdruck einer erheblichen Rindenatrophie zu betrachten. In einem Falle fanden sich in der Rinde zahlreiche linsen- bis erbsengrosse kleine Cysten, wahrscheinlich als Reste einer abgelaufenen Encephalitis in der Jugend. Ähnliche Befunde entsprechen gewissen Fällen von Idiotie mit epileptischen Anfällen.

Andererseits liegen von zahlreichen Beobachtern Angaben über sklerotische, meist einseitige Veränderungen am Ammonshorn der Epileptiker vor, die allerdings bisher noch wenig mit feineren Methoden nachgeprüft wurden. Bratz konnte feststellen, dass von 32 „genuinen" Epileptikern 14 in der Tat auch mikroskopisch eine meist einseitige, ausserordentlich gleichförmige Erkrankung des Ammonshorns darboten, „Atrophie der Zellen eines bestimmten Gebietes und Erfüllung des betroffenen Raumes mit feinfaseriger Neuroglia". Er ist geneigt, diese Veränderungen als Hypoplasien aufzufassen, während sie von Hajós auf chronisch-entzündliche Vorgänge zurückgeführt werden. Weber beobachtete Verkümmerung des Ammonshorns in etwa $1/3$ seiner Fälle. Nissl, der freilich nur wenige Fälle untersuchen konnte, ist zu der Ansicht gekommen, dass die Erkrankung des Ammonshornes nur die besonders leicht erkennbare Teilerscheinung einer allgemeineren Erkrankung der gesamten Rinde bedeute, bei der zunächst am meisten das Auftreten zahlreicher und stark entwickelter Spinnenzellen, besonders in den oberen Rindenschichten, ins Auge fällt. Auch die Nervenzellen erwiesen sich in weitem Umfange, aber in verschiedener Weise und in sehr verschiedenem Grade erkrankt, vielleicht auch das zwischen ihnen liegende Grau; ebenso zeigten die Gefässe ausgebreitete Veränderungen. Weber

berichtet ausserdem über arteriosklerotische Veränderungen an der Aorta, die er in 60% der Fälle auffand, über Verfettung des Herzmuskels, der Leber und der Nieren. Eine irgend befriedigende Deutung lassen leider alle diese Befunde zur Zeit noch nicht zu, doch dürfen wir wohl annehmen, dass der Verblödung der Epileptiker eine allgemeine und schwere Erkrankung der Hirnrinde entspricht.

Eine andere Frage ist es, wie sich die eigentümliche Periodizität der epileptischen Störungen erklärt. Man kann hier auf die Tatsache hinweisen, dass in unserem Nervensystem offenbar eine Reihe von Einrichtungen vorhanden sind, die eine periodische Entladung von dauernd einwirkenden Reizen vermitteln. Ausser den vielfachen Tatsachen des gesunden Lebens sei hier nur die Erfahrung genannt, dass auch in den Endzuständen der Dementia praecox oft eine bemerkenswerte Regelmässigkeit der Erregungen beobachtet wird. Man hat indessen bei der Epilepsie vielfach versucht, den Schwankungen in den körperlichen Zuständen nachzugehen, um dadurch einen Einblick in das Zustandekommen des epileptischen Anfalles zu gewinnen. Vor allem ist nach Giften gefahndet worden, die sich im Körper der Epileptiker bilden oder zu gewissen Zeiten anhäufen sollten. Zunächst hat Voisin nachgewiesen, dass nach epileptischen Anfällen, besonders wenn eine Reihe derselben aufeinander folgen, häufig Eiweiss im Harn auftritt. Er stellte ferner fest, dass der Harn der Epileptiker vor den Anfällen eine geringere, nach denselben eine grössere Giftigkeit für Kaninchen besass, als in den anfallsfreien Zeiten. Agostini*) fand den Harn unmittelbar vor und nach dem Anfalle am giftigsten. Ferrannini sah das spezifische Gewicht und die Giftigkeit des Harns nach dem Anfalle steigen. Dem gegenüber kamen Roncoroni zu sehr schwankenden, Hebold und Bratz zu völlig negativen Ergebnissen in dieser Frage.

Haig**) hatte angegeben, dass vor dem Anfalle weniger, nach demselben aber mehr Harnsäure ausgeschieden werde, als sonst; er meint daher, dass ein Überschuss von Harnsäure im Blute zu einer Verengerung der kleinen Gefässe und damit zu

---

*) Agostini, Rivista sperimentale di freniatria, XXII, 267.
**) Haig, Brain, 1896, 1.

einer Steigerung des Blutdruckes führe, der dann den Anfall auslöse. Auch Caro fand vor den Anfällen eine starke Herabsetzung der Harnsäureausscheidung. Abnorme Bestandteile, Aceton, Indican, die auf krankhafte Zersetzungen im Körper hindeuten, sind von anderen Forschern nachgewiesen worden. Zu noch genaueren Vorstellungen über das Wesen der Epilepsie ist Krainsky*) gelangt, der die periodische Anhäufung von carbaminsaurem Ammoniak mit Bestimmtheit für die Entstehung der epileptischen Anfälle verantwortlich macht; er weist es nicht nur im Blute der Epileptiker nach, sondern konnte auch bei Tieren epileptische Anfälle durch Einspritzung jenes Körpers erzeugen. Im Anfalle soll das carbaminsaure Ammoniak in Harnstoff und Wasser zerfallen, von dem der erstere in Form von Harnsäure im Harn erscheint. Es gelang ihm geradezu, aus der Verminderung oder Vermehrung der Harnsäureausscheidung die Anfallstage zu bezeichnen oder vorherzusagen. Der Anfall bildet also gewissermassen ein Sicherheitsventil gegen die Anhäufung des Giftes im Blute. Gegen diese Anschauung hat sich Mainzer**) gewendet, der Schwankungen in der Harnsäureausscheidung ohne Anfälle und andererseits Anfälle ohne solche Schwankungen beobachtete; er meint zudem, dass die Menge des im Epileptikerblute nachgewiesenen carbaminsauren Ammoniaks viel zu gering sei, um die giftigen Eigenschaften desselben zu erklären.

Vorster fand bisweilen nach den Anfällen eine Erhöhung des spezifischen Blutgewichtes und eine Zunahme des Hämoglobingehaltes, während Féré umgekehrt von einem Sinken dieses letzteren berichtet. Die Alkaleszenz des Blutes fanden Lui, Lambranzi, Charon und Briche im Zusammenhange mit den Anfällen vermindert. Krumbmiller sah im Anfalle eine starke Vermehrung der weissen Blutkörperchen. Vermehrte Giftigkeit des Blutplasmas nach dem Anfalle führen Agostini und Cololian an, und auch Cabitto***) fand, dass Blutserum von Epileptikern bei Kaninchen Krämpfe hervorrief; Ceni beobachtete, dass Epileptikerblut in Hühnereiern Missbildungen erzeugte. Er

*) Krainsky, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LIV, 612; Pathogénie et traitement de l'épilepsie.

**) Mainzer, Monatsschrift f. Psychiatrie, X, 69.

***) Cabitto, Rivista sperimentale di freniatria, XXIII, 36.

spritzte ferner Blutserum demselben oder anderen Kranken ein und berichtet über giftige oder heilende Wirkungen desselben. Dagegen sind auch hier die Versuche von Hebold und Bratz ergebnislos geblieben.

Den Schweiss der Epileptiker fand Cabitto giftig, Mavrojannis nicht. Dide und Saquépée berichten auch über Giftwirkungen der Cerebrospinalflüssigkeit nach den Anfällen. Im Magensafte stellte Agostini Vermehrung des Salzsäuregehaltes fest, abnorme Gährungsprodukte, Herabsetzung der Verdauungskraft, der Empfindlichkeit, der Beweglichkeit, der Aufsaugungsfähigkeit des Magens. Vor dem Anfalle, noch mehr aber kurz nachher, war der Magensaft in erhöhtem Masse giftig; auch Leubuscher beobachtete vermehrte Salzsäureausscheidung im Magen.

Man wird nicht leugnen können, dass die hier angeführten Erfahrungen, denen sich noch manche andere anreihen liessen, weit davon entfernt sind, uns ein klares Bild von dem Wesen der Epilepsie zu liefern. Soviel scheint jedoch aus ihnen hervorzugehen, dass die Epilepsie, wenigstens in manchen Fällen, mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit als eine Stoffwechselkrankheit angesehen werden darf, bei der sich giftige Zersetzungsstoffe im Blute anhäufen, die dann vielleicht als die näheren Ursachen des Anfalles zu betrachten wären. Für diese Auffassung wird namentlich auch die Beobachtung ins Feld geführt, dass die Anfälle vielfach von Erscheinungen begleitet sind, die auf eine Vergiftung hindeuten, Hinfälligkeit, Schläfrigkeit, Kopfschmerzen, Aufstossen, Erbrechen, Zungenbelag, Darmstörungen. Aus dem Schwinden oder Fortbestehen dieser Zeichen soll man schliessen können, ob eine Reihe von Anfällen abgeschlossen ist oder nicht. Auch die Beziehungen der Anfälle zu den Menses und zur Schwangerschaft, ihr Aufhören in fieberhaften Krankheiten würde mit der Annahme von Stoffwechselstörungen gut vereinbar sein. Ferner wäre darauf hinzuweisen, dass wir gerade bei so manchen chronischen Vergiftungen, vor allem durch Alkohol und Blei, bei der Urämie u. s. f., epileptische Anfälle auftreten sehen. Allerdings wird es wohl immer nur ein Teil der Fälle sein, auf den die toxische Erklärung passt. Wo wir umschriebene Hirnerkrankungen antreffen, bedürfen wir jener letzteren kaum. Aber auch sonst bietet sie uns noch viele Schwierigkeiten. Wollen wir

auch die nachgewiesenen allgemeinen Hirnveränderungen auf chronische Giftwirkungen zurückführen, so bleibt doch die Periodizität der Anfälle, die anscheinende Aufspeicherung des Giftes im Körper bis zu einem gewissen Zeitpunkte noch rätselhaft, ebenso die Erblichkeitsbeziehung der Epilepsie zu anderen Geistes- und Nervenkrankheiten. Gerade diese letztere Tatsache scheint mir sehr dafür zu sprechen, dass doch in den Zuständen des Nervengewebes die eigentliche und letzte Ursache für die eigenartigen Krankheitsäusserungen liegt, die wir unter dem Namen der Epilepsie zusammenfassen. Beachtenswert sind in dieser Richtung vielleicht noch die Erfahrungen über das Verhalten der Anfälle im Schlafe. Féré gibt an, dass $^2/_3$ aller Anfälle in die Nacht fallen; dabei sind wieder die ersten und die letzten Stunden des Schlafes besonders bevorzugt.

Die Prognose des epileptischen Irreseins hängt sehr wesentlich von der Ursache des Leidens und von dem Zeitpunkte seines Auftretens ab. Wo gröbere Hirnerkrankungen zugrunde liegen, ist natürlich eine Besserung nicht zu erwarten; im Gegenteil beobachtet man vielfach sogar ein allmähliches Fortschreiten der geistigen Schwäche. Dagegen kann die selbständige Epilepsie heilen und ist auch häufig der Behandlung bis zu einem gewissen Grade zugänglich, die Alkoholepilepsie und die dipsomanischen Störungen sogar in ziemlich hohem Masse. Die schweren postepileptischen stuporösen und deliriösen Zustände pflegen sich besonders gern nach Reihen von starken Krampfanfällen einzustellen, während sich die rein psychischen Anfälle mehr mit den leichteren, besonders auch mit den nach Kopfverletzungen auftretenden Formen der Epilepsie zu verbinden scheinen. Die Gefahr des epileptischen Schwachsinns ist im allgemeinen geringer bei den örtlich umgrenzten Formen, doch können auch diese sich allmählich zu allgemeiner Epilepsie weiter entwickeln und dann zur Verblödung führen. Am schlimmsten sind die Fälle mit häufigen und schweren allgemeinen Krämpfen, vor allem, wenn das Leiden in frühem Lebensalter auftritt. Auch abgesehen von den beträchtlichen Hindernissen, welche die Krankheitserscheinungen selbst der geistigen Ausbildung entgegensetzen, bleibt hier die gesamte psychische Entwicklung regelmässig zurück, oft sogar auf den niedrigsten Stufen. Weit seltener und wohl nur bei den

leichten Formen der Epilepsie kann sich die Störung auf das gemütliche Verhalten beschränken, während die Kranken verstandesmässig normal oder sogar besonders gut veranlagt sind. Andererseits gibt Féré an, dass sich in höherem Alter die Verblödung auffallend rasch einstellen könne, bisweilen ziemlich plötzlich nach einem bestimmten Anfalle. Habermaas*) berichtet, dass von seinen Kranken 10,3% vollkommen geheilt wurden, 17,3 wenigstens nicht verblödeten, während 49% als dauernd gänzlich erwerbsunfähig anzusehen waren. Selbstverständlich ist bei allen Epileptikern auch das Leben in hohem Masse gefährdet, sei es durch die Verletzungen im Anfalle, sei es durch Selbstmordversuche und Unglücksfälle, sei es endlich durch die Entwicklung eines Status epilepticus. Worcester fand, dass unter 70 Epileptikern nicht weniger als 45 infolge ihrer Anfälle zugrunde gingen. Habermaas sah 47,6% seiner Kranken im Status epilepticus, 4,8 % durch Unglücksfälle enden. Vor Ablauf des 30. Lebensjahres starben 72%; das 50. überlebten nur 2,8%. Eine besondere Steigerung der Sterblichkeit, bis auf das Vierfache der Norm, stellte sich um das 15. Lebensjahr heraus, also in den Entwicklungsjahren, die auch den Eintritt der Verblödung zu befördern pflegen.

Die Epilepsie ist, wie so viele unserer Krankheitsbezeichnungen, heute noch ein Sammelbegriff, dessen Umfang nicht genau feststeht. Ganz allgemein hat man sich indessen gewöhnt, die auf gröberen Herderkrankungen beruhenden Formen von der eigentlichen, „genuinen“ Epilepsie abzutrennen. Klinisch unterscheiden sie sich namentlich durch das Auftreten solcher Erscheinungen, die auf einen bestimmten Sitz des Leidens in der Hirnrinde hindeuten, seien es dauernde Reizungen oder Lähmungen, seien es Herdzeichen, die dem Anfalle selbst unmittelbar vorangehen oder folgen. Es zeigt sich jedoch bei genauerer Betrachtung, dass die Grenzen zwischen der allgemeinen und der örtlich umgrenzten oder Rindenepilepsie keineswegs scharfe sind. Namentlich kommt es häufig vor, dass die ursprünglich umgrenzten Krankheitserscheinungen sich allmählich ausdehnen, dass sich zwischen Anfälle zweifellos umschriebenen Sitzes andere von ganz allgemeiner Ausbreitung einschieben.

---

*) Habermaas, Allgemeine Zeitschr. f. Psychiatrie, LVIII, 243.

Eine zweite umstrittene Gruppe von epileptischen Erscheinungen sind diejenigen, die bei chronischen Vergiftungen auftreten. Soweit wir es hier nicht einfach mit der Erweckung einer schlummernden epileptischen Anlage zu tun haben, scheinen diese Fälle eine Sonderstellung einzunehmen, die sich klinisch darin ausdrückt, dass bei ihnen zwar schwere Krampfanfälle häufig sind, dass aber die übrigen Gestaltungen der Epilepsie, insbesondere die Geistesstörungen, ganz in den Hintergrund treten, vielleicht sogar in ihrer besonderen Eigenart völlig fehlen. Andererseits vertritt Féré den Standpunkt, dass die Eklampsie, die wir auf urämische Vergiftung zurückzuführen pflegen, nichts sei, als gewöhnliche Epilepsie, für die das Wochenbett nur die Rolle einer auslösenden Ursache spiele. Ein abschliessendes Urteil über diese Umgrenzungsfragen ist zur Zeit noch nicht möglich. Ähnliches gilt für die Krämpfe der Kinder, die bald als leichtere Formen der Epilepsie, bald als wesentlich andersartige Erkrankungen aufgefasst werden. Dass sie häufig genug Vorläufer einer späterhin sich entwickelnden Epilepsie bilden, haben wir bereits erwähnt.

Es lässt sich indessen nicht verkennen, dass eine einheitliche Zusammenfassung aller derjenigen Krankheitsbilder, bei denen sogenannte „epileptische“ Krämpfe auftreten, unter keinen Umständen statthaft ist. Das lehrt uns eindringlich nicht nur die ganz verschiedene Entstehungsgeschichte und der völlig abweichende Leichenbefund bei den soeben besprochenen Formen, sondern weiterhin auch die Erfahrung, dass Krämpfe, die in ihrem Gesamtbilde durchaus denjenigen der Epilepsie gleichen, bei einer Anzahl von Erkrankungen beobachtet werden, deren abweichende klinische Eigenart unzweifelhaft ist. Ich erwähne hier vor allem die Paralyse und die Dementia praecox, ferner das Myxödem und das manisch-depressive Irresein, bei dem arteriosklerotische Erkrankungen das Bindeglied bilden dürften. Allerdings wird man in allen diesen Fällen zumeist nicht jene regelmässige Entwicklung und Verlaufsart der Krämpfe wiederfinden, wie wir sie bei der echten Epilepsie anzutreffen gewohnt sind. Allein wir dürfen nicht vergessen, dass auch bei unzweifelhaft epileptischer Erkrankung die allergrössten Verschiedenheiten des Verlaufes vorkommen, Seltenheit und Unregelmässigkeit der Anfälle, un-

gemein rasches Fortschreiten oder mildes Auftreten des Leidens.

Aus diesen Erfahrungen scheint mir soviel mit Bestimmtheit hervorzugehen, dass der epileptische Krampfanfall für die Epilepsie durchaus nicht diejenige kennzeichnende Bedeutung hat, die ihm gewöhnlich zugeschrieben wird, wenn er auch vor allem die Aufmerksamkeit auf die Krankheit gelenkt hat. So wenig wir berechtigt sind, aus dem Auftreten epilepsieartiger Anfälle auf das Bestehen der Krankheit Epilepsie zu schliessen, so wenig kann, wie ich glaube, die Diagnose jenes Leidens durch den Umstand in Frage gestellt werden, dass keine Krampfanfälle aufgetreten sind, wenn uns zuverlässige andersartige Erscheinungen der Epilepsie vorliegen. Auch bei der Paralyse hindert uns das Fehlen der einen oder anderen, sonst kennzeichnenden Störung nicht an der Feststellung der Krankheit, sobald nur das Gesamtbild genügend entwickelt ist.

Massgebend ist für die Diagnose der Epilepsie nach meiner Ansicht demnach nicht der Nachweis einer bestimmten Art der Anfälle, insbesondere auch nicht der Krampfanfälle, sondern in erster Linie das Bestehen einer *selbständigen, von äusseren Einflüssen wesentlich unabhängigen Periodizität der Störungen vom ersten Beginn der Krankheit an.* Damit soll nicht gesagt sein, dass eine genaue Regelmässigkeit in der Wiederkehr der Erscheinungen stattfände, was der Erfahrung widersprechen würde. Ebensowenig brauchen die Störungen immer die gleichen zu sein. Dennoch aber gehört es, wie mir scheint, zum Wesen der Krankheit, dass sich von Zeit zu Zeit ohne erkennbaren Anlass Anfälle aus einem bestimmten, durch unsere früheren Schilderungen annähernd umgrenzten Formenkreise in einförmiger oder vielfach wechselnder Wiederholung immer von neuem einstellen.

Die Zugehörigkeit einer gegebenen Störung zu dem Krankheitsbilde der Epilepsie wird somit in zweiter Linie durch ihre klinische Übereinstimmung mit denjenigen Erscheinungen dargetan, die uns von zweifellosen Fällen jenes Leidens bekannt sind. Ganz sicher erwiesen wird sie aber erst dann, wenn das Merkmal der selbständigen Periodizität hinzukommt, wenn entweder dieselbe oder andere Störungen des epileptischen Formenkreises aus inneren Ursachen mehrfach im Leben wiedergekehrt

sind. Der um die Kenntnis der epileptischen Psychosen so sehr verdiente Samt*) hat daher, nach meiner Auffassung mit vollem Rechte, die verschiedenartigen Erscheinungsformen des epileptischen Leidens gewissermassen als Äquivalente des Krampfanfalles betrachtet, die für ihn und füreinander in ähnlicher Weise eintreten können, wie wir beim manisch-depressiven Irresein die mannigfaltigsten Gestaltungen des klinischen Bildes bei demselben Krankheitsverlaufe als Äusserungen des gleichen Grundleidens nacheinander auftreten sehen. Der Krampfanfall ist demnach nur eine, freilich die schwerste Erscheinungsform der Epilepsie, aber er ist nicht die einzige und kennzeichnendste. Er kann das ganze Krankheitsbild beherrschen und tut es oft genug, aber er kann auch vollständig fehlen, selbst in seinen mildesten Gestaltungen, in jenen Fällen, in denen gleichsam sämtliche Krampfanfälle in psychische Äquivalente umgewandelt sind.

Die Berechtigung dieser Betrachtungsweise wird besonders dadurch gestützt, dass sich im Leben mit Leichtigkeit alle nur denkbaren Übergangsformen auffinden lassen von solchen Fällen, in denen ausschliesslich schwere Krampfanfälle zur Beobachtung kommen, bis zu denjenigen, in denen sie niemals auftreten. Ähnliche Reihen lassen sich auch für die übrigen Haupterscheinungsformen der Epilepsie bilden. Endlich gibt es Fälle genug, die neben- und nacheinander den ganzen Formenreichtum der mannigfaltigen epileptischen Äquivalente darbieten. Ich kannte einen Kranken, der häufig in epileptischen Stupor verfiel, aber niemals Krämpfe und nur zweimal kurzdauernde Ohnmachten gehabt hatte. Ein anderer bot in ausgeprägtester Form die epileptische Charakterveränderung, ferner die periodischen Verstimmungen mit heftigen Gewalthandlungen, endlich krankhafte Rauschzustände dar, hatte aber nur ein einziges Mal eine Ohnmacht und einmal einen Anfall von Nachtwandeln, dagegen niemals Krämpfe. Wieder ein anderer hatte alle halbe Jahre kurz dauernde, schwere Dämmerzustände, ferner ausgeprägte periodische Verstimmungen, aber weder Krämpfe noch Ohnmachten, endlich eine unverkennbare epileptische Persönlichkeit. Diese Beispiele, deren Zahl sich beliebig vermehren liesse, sind es gewesen, welche mich zu der An-

---

*) Samt, Archiv für Psychiatrie, V u. VI.

schauung geführt haben, dass sich die Diagnose der Epilepsie nicht auf den Nachweis eines einzelnen Krankheitszeichens, sondern auf das klinische Gesamtbild des Krankheitsfalles zu stützen hat. Dass dabei ausser den periodischen Störungen auch die dauernden Veränderungen Berücksichtigung verdienen, die das Leiden erfahrungsgemäss erzeugt, bedarf keiner weiteren Ausführung.

Die hier vertretene Bestimmung des Begriffes der Epilepsie, die nicht, wie man wohl befürchtet hat, als eine Verwässerung, sondern als eine Vertiefung desselben anzusehen ist, wird zunächst von Bedeutung für die Auffassung der Dipsomanie. Es gibt ohne Zweifel Periodentrinker, welche zugleich einzelne epileptische Krampfanfälle darbieten. In der Regel aber ist das nicht der Fall. Vielmehr erkranken vorzugsweise solche Personen dipsomanisch, bei denen sich die Epilepsie in Form von periodischen Verstimmungen äussert. In einer Reihe von Fällen kommt es ausserdem, wie oben ausgeführt, unter dem Einflusse des Alkohols zu Anfällen, wie sie uns von der Epilepsie bekannt sind, zu schweren Ohnmachten und Dämmerzuständen. Sobald man sich einmal daran gewöhnt hat, als gleichberechtigte Formen der Epilepsie neben den Krämpfen und Ohnmachten ebenso die periodischen psychischen Störungen, die Dämmerzustände wie die plötzlichen Verstimmungen, anzusehen, erkennt man unschwer die Zusammengehörigkeit der hier vereinigten Krankheitsbilder, welche überall neben- und füreinander auftreten können.

Wir haben indessen hier darauf hinzuweisen, dass es gewisse Fälle gibt, die zwar eine äusserliche Ähnlichkeit mit der epileptischen Dipsomanie darbieten, aber wesentlich anders zu beurteilen sind; Legrain und Margulies haben sie als Pseudodipsomanie beschrieben. Es handelt sich dabei um psychopathische, willensschwache Menschen, die nicht, wie die Epileptiker, im Anschlusse an eine Verstimmung, sondern unter dem Einflusse irgend einer zufälligen Verführung anfangen, zu trinken, und nun haltlos forttrinken, bis man sie daran verhindert. Auch sie können in den Zwischenzeiten enthaltsam bleiben, solange sie in ihrer Umgebung den nötigen Halt finden, aber den Rückfall bedingen äussere Anlässe, nicht innere Zustände. Hier fehlen daher bei erzwungener Enthaltsamkeit die kennzeichnenden Verstim-

mungen gänzlich, ebenso natürlich alle sonstigen epileptischen Zeichen.

Vielleicht wird eine neue Umgrenzung der Epilepsie auch für die Deutung einer anderen klinischen Form fruchtbar werden, der man bisher zumeist noch eine Sonderstellung eingeräumt hat, der „Mania transitoria"*), besser vielleicht des „Delirium transitorium". Auch das von v. Krafft-Ebing beschriebene transitorische Irresein bei Neurasthenie scheint hierher zu gehören. Es handelt sich um mehr oder weniger heftige Aufregungszustände mit traumhafter Trübung des Bewusstseins, die sehr rasch verlaufen und keinerlei Erinnerung hinterlassen. Kleine Alkoholmengen und voraufgehende Gemütsbewegungen scheinen die günstigen Bedingungen für den Ausbruch der Krankheit abzugeben. Klinisch geht die Übereinstimmung mit epileptischen Dämmerzuständen offenbar bis in die kleinsten Einzelheiten, doch sollen in den beschriebenen Fällen alle sonstigen epileptischen Krankheitszeichen gefehlt haben. Da man gemeinhin nur Krampfanfälle und höchstens Ohnmachten oder ausgeprägte Petit-mal-Erscheinungen als sichere Zeichen der Epilepsie zu betrachten pflegt, bin ich nicht gewiss, ob jene Feststellung wirklich auch für den hier vertretenen Standpunkt zutreffend ist. So stellte sich in einem von mir lange Zeit beobachteten derartigen Falle heraus, dass ausser dem schweren Dämmerzustande wahrscheinlich mehrfach krankhafte Rauschzustände dagewesen waren, und dass von Jugend auf gut gekennzeichnete periodische Verstimmungen bestanden hatten; später traten dann noch mehrfach leichtere Dämmerzustände auf. Auch von einem anderen, der Literatur angehörigen Falle ist mir bekannt geworden, dass nachträglich unzweifelhafte epileptische Störungen zur Entwicklung kamen. Natürlich ist es aber jetzt nicht möglich, zu behaupten, dass sich in allen Fällen von Delirium transitorium bei genauester Berücksichtigung auch der unscheinbareren Zeichen der Epilepsie die Zugehörigkeit zu dieser Krankheitsform früher oder später würde haben nachweisen lassen.

Man wird indessen vielleicht die Frage aufwerfen dürfen, ob

---

*) Schwartzer, die transitorische Tobsucht. 1880; Venturi, le pazzie transitorie. 1888; v. Krafft-Ebing, Psychiatrische Arbeiten, I, 1.

nicht unter Umständen auch schon die Form des klinischen Krankheitsbildes allein, ohne Rücksicht auf den Gesamtverlauf, die Berechtigung zur Einordnung eines Anfalles in den Rahmen der Epilepsie geben könnte. Tatsächlich verfahren wir alle Tage so, indem wir epileptische Dämmerzustände und Anfälle diagnostizieren, auch bevor wir etwas von der Vorgeschichte wissen. Freilich wird ein solches Urteil nicht selten trügerisch sein. Wenn ich daher auch glaube, dass heute für die Erkennung der epileptischen Natur gegebener Krankheitserscheinungen vor allem der Nachweis der Periodizität erforderlich ist, so möchte ich doch grundsätzlich die Möglichkeit offen lassen, dass ein seinem Wesen nach sonst periodisches Leiden sich unter ganz besonderen Umständen einmal nur in einem einzigen Anfalle äussern kann. Auch beim manisch-depressiven Irresein, das eine ähnliche Neigung zu häufiger Wiederkehr zeigt, sehen wir gelegentlich die ganze Krankheit zu einem Anfalle zusammenschrumpfen. Wo die Disposition zur Krankheit eine sehr geringe ist, kann also vielleicht eine eigenartige Häufung von Schädlichkeiten einen einzelnen Ausbruch erzeugen, ohne dass wir doch darum zur Annahme einer neuen Krankheit zu greifen brauchten. Allerdings wird dabei vorausgesetzt, dass unsere klinische Kenntnis des Bildes eine vollkommene ist, und dass der einzelne Anfall sich durchaus mit denjenigen Erfahrungen deckt, die wir aus der Beobachtung periodischer Fälle gewonnen haben.

Ganz eigenartige Schwierigkeiten treten uns entgegen, wenn wir versuchen, die Epilepsie von einer Krankheit abzugrenzen, die ihr dem Wesen nach vollständig fernsteht, in den Erscheinungen aber ungemein ähnlich ist, von der Hysterie. Es ist zwar, wie wir späterhin sehen werden, durchaus möglich, gewisse Unterscheidungsmerkmale*) zwischen epileptischen und den ihnen gleichenden hysterischen Störungen namhaft zu machen. Allein es kann nicht bezweifelt werden, dass es Krankheitsfälle genug gibt, bei denen sich anscheinend epileptische und hysterische Erscheinungen auf das innigste miteinander verbinden. Derartige Beobachtungen sind es, die zur Aufstellung des Begriffes der „Hysteroepilepsie“ geführt haben, einer Krankheitsform, die ge-

*) Hoche, Die Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Epilepsie. 1902.

wissermassen ein Übergangsgebiet zwischen Hysterie und Epilepsie bilden soll.

Wer die in diesem Buche vertretene Auffassung von dem Wesen beider Krankheiten kennt, wird darüber im klaren sein, dass die Annahme einer Hysteroepilepsie in diesem Sinne mit ihr schlechthin unverträglich ist. Zwischen einer Krankheit, die auf einem schneller oder langsamer fortschreitenden, greifbaren Erkrankungsvorgange der Hirnrinde beruht, und einer anderen, die wir als den Ausdruck einer eigenartigen, aber wesentlich unveränderlichen krankhaften Veranlagung betrachten, kann es keine wirklichen Übergänge geben. Wohl aber ist eine andere Deutung der unzweifelhaft vorliegenden Beobachtungen möglich. Das Gepräge der Hysterie ist die dauernde Neigung zu psychogenen Störungen aller Art; dagegen beobachten wir einzelne psychogene Krankheitszeichen nicht nur bei fast allen Formen des Irreseins, sondern bekanntlich auch bei gröberen Erkrankungen des Hirns und Rückenmarkes. Sie sind uns bei der Dementia praecox und beim manisch-depressiven Irresein in sehr ausgebildetem Masse begegnet, fehlen aber auch nicht bei der Paralyse. Ich glaube daher nicht fehl zu gehen in der Anschauung, dass wir es auch bei der Epilepsie vielfach mit psychogenen Störungen zu tun haben, ohne dass wir darum berechtigt wären, von dem Bestehen einer Hysterie neben der Epilepsie oder gar von einem Zwischengebiete zwischen beiden Krankheiten zu sprechen. Als psychogene Züge haben vor allem die hysteriformen Anfälle zu gelten, die sich bisweilen neben den gewöhnlichen epileptischen Krämpfen zeigen; auch das Auftreten psychogener Erscheinungen in der Einleitung, häufiger am Schlusse eines epileptischen Anfalles kommt vor. Ferner wäre wohl die gelegentliche Auslösung eines unzweifelhaft epileptischen Anfalles durch eine Gemütserschütterung, namentlich das erstmalige Auftreten desselben im Anschlusse an einen Schreck oder durch Nachahmung hierher zu rechnen. Wir dürfen uns etwa vorstellen, dass derartige Verursachungen eben nur dann vorkommen, wenn das epileptische Grundleiden schon vorhanden ist. Endlich sind vielleicht auch die Empfindungsstörungen der Epileptiker, die vielfach ganz denen der Hysterischen gleichen, auf psychogene Vorgänge zurückzuführen. Wie weit gewisse Formen der Dämmerzustände, nament-

lich das Nachtwandeln, in gleicher Weise beeinflusst sind, wage ich nicht, zu entscheiden.

Heilbronner ist geneigt, auch den Wandertrieb in der Mehrzahl der Fälle der Hysterie zuzurechnen. Ich kann mich auf Grund meiner Erfahrungen dieser Anschauung nicht anschliessen, muss jedenfalls daran festhalten, dass triebartiges Fortlaufen und Herumirren bei der Epilepsie eine ungemein häufige Erscheinung ist, wenn natürlich auch die abenteuerlich entwickelten Fälle nicht alle Tage vorkommen. Dagegen ist ohne weiteres zuzugeben, dass planloses Herumwandern oder Reisen durchaus nicht bei der Epilepsie allein vorkommt. Ausser bei der Hysterie, bei der es wohl auch gelegentlich die Form von Dämmerzuständen annimmt, beobachten wir es namentlich häufig bei Hebephrenen und bei psychopathischen Persönlichkeiten. Ich glaube indessen, dass sich der ganze Vorgang in diesen Fällen wesentlich anders abspielt, als bei den Epileptikern. Hier bildet die Einleitung regelmässig eine ausgeprägte Verstimmung von heimwehartiger Färbung, die sich häufig zum wirklichen Dämmerzustande weiterentwickelt, namentlich unter dem Einflusse des Alkohols. Bei Hebephrenen dagegen sind es triebartige Handlungen, vielfach im Zusammenhange mit Sinnestäuschungen oder Wahnvorstellungen, aber meist ohne stärkere gemütliche Betonung und ohne Bewusstseinstrübung. Die Kranken stehen auch hinterher diesen Handlungen ganz gleichgültig gegenüber, finden nichts Besonderes dabei, während sie dem Epileptiker durchaus als fremdartige, nicht seinem natürlichen Wollen entsprechende Ereignisse erscheinen. Die Psychopathen endlich wandern und reisen infolge eines augenblicklichen Einfalles, einer zufälligen Verführung, eines Ärgers, oder wenn ihnen gerade eine grössere Geldsumme in die Hand fällt. Auch bei ihnen besteht keine Bewusstseinstrübung; sie reisen weiter, bis sie in Not geraten, oder bis die Abenteuerlust für den Augenblick verraucht ist. Die echten Epileptiker dagegen pflegen, wenn sie noch eine Heimat haben, schleunigst dorthin zurückzukehren, sobald sie über ihre Lage klar geworden sind.

Abgesehen von den hier besprochenen Abgrenzungen wird die Diagnose der Epilepsie unter Berücksichtigung des Gesamtbildes meist ziemlich einfach sein. Bei der Spätepilepsie wird

allerdings immer die Möglichkeit einer beginnenden Paralyse in Betracht zu ziehen sein, namentlich, wenn nur Krampfanfälle oder Ohnmachten auftreten. Die sorgfältige Beachtung der Pupillen, der Sprache und Schrift sowie des eigenartigen paralytischen Schwachsinns wird in der Regel die Entscheidung bald herbeiführen. Von den Endzuständen der Dementia praecox unterscheidet sich der epileptische Schwachsinn vor allem durch das Fehlen des Negativismus, der Stereotypie, der Schrullen und Manieren. Die Kranken sind ungemein schwerfällig in Auffassung und Denken, aber viel besonnener, geordneter und zugänglicher, nicht so verworren wie jene letzteren; sie sind dauernd reizbarer, gewalttätiger, im Gegensatze zu den selteneren und meist harmloseren Erregungen bei verblödeten Hebephrenen und Katatonikern. Der sonstigen, etwa noch in Betracht kommenden Unterscheidungsmerkmale ist schon an verschiedenen anderen Stellen dieses Buches gedacht worden.

Die Bekämpfung*) der Epilepsie hat vor allem mit der Vorbeugung zu beginnen. Der Weg wird uns hier durch die erblichen Beziehungen der Krankheit zum Alkoholismus gewiesen. Wenn wir bedenken, dass auf 1000 Menschen mindestens 1—2 Epileptiker kommen, und dass nahezu $^1/_4$ derselben von trunksüchtigen Eltern erzeugt wurden, so wird das für uns Ärzte ein neuer Antrieb sein, mit allen Kräften die Verbreitung des furchtbaren Volksgiftes zu bekämpfen, das nicht nur die Gegenwart, sondern auch die Zukunft vernichtet. Weiterhin wird unsere Aufgabe die ursächliche Behandlung des einzelnen Falles sein, wie sie bald in der Trepanation (Knocheneindrücke am Schädel, kortikale Herderkrankungen), bald (Reflexepilepsie) im Ausschneiden von Narben, in der Beseitigung kariöser Zähne, im Ausbrennen der Nase, bald auch (Gummata, Periostitis) in einer antiluetischen Kur zu bestehen hätte. Meist werden dadurch allerdings nur vorübergehende Erfolge erzielt. Selbst in Fällen, die sich zweifellos an Kopfverletzungen angeschlossen haben, scheint nach längerem Bestehen des Leidens die Aussicht gering zu sein, durch Ausschneidung von Narben oder Knochensplittern dauernde Heilung

*) Gilles de la Tourette, le traitement pratique de l'épilepsie. 1901; Laudenheimer, Therapie der Gegenwart, Juli 1900; Donath, Psychiatrische Wochenschrift, II, 79.

zu erzielen, eine Erfahrung, die sehr für das Bestehen oder die allmähliche Entwicklung einer allgemeinen epileptischen Veränderung in solchen Hirnen spricht. Man hat daher einerseits empfohlen, auch nach der Operation regelmässig eine kräftige Bromkur einzuleiten. Andererseits hat man nach Horsleys Vorgang auch das „epileptogene Rindenstück" mit ausgeschnitten, mit bald besserem, bald schlechterem Erfolge. Auch zur Kraniektomie ist man schon geschritten. Dem gegenüber sieht man auch ohne sonstige Eingriffe am Hirn die einfache „Lüftung" durch die Trepanation bisweilen eine Zeitlang günstig wirken*). Kocher hat sogar die Ansicht vertreten, dass die Heilwirkung der Operation wesentlich auf der Spaltung der Dura und der dadurch bewirkten Herabsetzung des Druckes im Schädelraum beruhe. Dass bei der Epilepsie dauernd eine Drucksteigerung im Subduralraume bestehe, ist jedoch bisher nicht bewiesen, noch weniger, dass sie irgend einen Einfluss auf die Entwicklung der Krankheit habe. Ballet hat von der Anschneidung der Dura nicht den geringsten Erfolg gesehen.

Auch sonst hat die Chirurgie versucht, durch Eingriffe besonderer Art den Epileptikern zu helfen. Ausgehend von gewissen Vorstellungen über die Kreislaufsverhältnisse beim epileptischen Anfalle hat Alexander die Vertebrales unterbunden. Chipault und Jonnesco haben in grösserem Massstabe den Halssympathicus durchschnitten; zum Teil wurde auch das oberste Halsganglion herausgeschnitten. Die Kranken ertrugen jenen ersteren Eingriff schlecht, diesen letzteren merkwürdig gut. Der Erfolg wurde sehr gerühmt, konnte aber, wie es zu gehen pflegt, von anderen Beobachtern nicht wieder erreicht werden. Mehr vereinzelt ist die Vagusdehnung oder die harmlosere Faradisation des Halssympathicus in Anwendung gezogen worden.

Eine lange Reihe von Behandlungsvorschlägen haben sich an die Anschauungen über die Verursachung der Epilepsie durch Selbstvergiftung angeknüpft. Um die Gifte im Magen und Verdauungskanal zu beseitigen, sind Magen- und Darmausspülungen, Abführmittel, innerliche Desinfektionsmittel (β-Naphtol, Salol,

---

*) Jolly, Charitéannalen, XX; Winkler, l'intervention chirurgicale dans les épilepsies. 1897; Cullerre, Annales médico-psycholog., VIII, 10, 77.

Calomel) empfohlen werden. Ferner soll die Harnausscheidung durch reichliches Trinken von Wasser, schwachem Thee, Kochsalzlösungen angeregt werden, die Schweissabsonderung durch heisse Luftbäder. Dass epileptische Frauen auch mit Kuheierstöcken behandelt worden sind, wird uns nicht wunder nehmen, ebensowenig, dass die Erfahrungen über das Aussetzen der epileptischen Anfälle bei Infektionskrankheiten den Vorschlag gezeitigt haben, derartige Krankheiten bei Epileptikern zu erzeugen oder ihnen Erysipelasserum einzuspritzen. Fröhner und Hoppe, die den Stoffwechsel der Epileptiker bei Schilddrüsendarreichung untersuchten, sahen in einem Falle einen günstigen Einfluss auf die Anfälle; die Ausscheidung von Stickstoff, Kochsalz und Phosphorsäure nahm zu. Um den Stoffwechsel dauernd günstig zu beeinflussen und namentlich die Bildung reichlicher Harnsäure zu verhindern, gibt Haig eine wesentlich pflanzliche Nahrung, Milch, Mehlspeisen, Gemüse, und vermeidet ausser Fleisch auch Thee, Kaffee und Bouillon. Auch Rumpf hat eine ähnliche Diät empfohlen. Agostini wiederum befürwortet mehr gemischte Kost, da er von einseitiger Pflanzennahrung verderbliche Magenstörungen erwartet. Es scheint indessen nach den übereinstimmenden Angaben zahlreicher Beobachter, dass in der Tat die Vermeidung der Fleischkost und noch mehr eine vorwiegende Milchnahrung bei der Epilepsie von wesentlichem Vorteil ist. Alt*) behandelte 24 Kinder in drei Gruppen je mit gemischter, mit rein pflanzlicher und mit Milchkost; bei der letzten waren die Anfälle am seltensten, bei der ersten am häufigsten.

Ein eigenartiges Behandlungsverfahren haben Toulouse**) und Richet vorgeschlagen. Indem sie von der Ansicht ausgingen, dass die durchschnittliche Aufnahme von Kochsalz weit über das Bedürfnis hinausgehe und die Wirksamkeit des Broms beeinträchtige, erstrebten sie eine „Hypochloruration" des Körpers durch Verabreichung einer möglichst salzarmen Kost. Die Bromgabe konnte nunmehr auf 2—3 gr täglich herabgesetzt werden. Dennoch ergab sich eine Besserung der Krämpfe um 92%, der Schwin-

*) Alt, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LIX, 753.

**) Toulouse, Revue de psychiatrie 1900, Janvier; Gazette des hôpitaux, 1900, 10; Balínt, Berliner Klin. Wochenschrift 1901, 23; Helmstädt, Psychiatrische Wochenschrift 1901, 3; Schnitzer, Neurolog. Centralblatt, XXI, 803.

delanfälle um 70%. Balínt hat dann den Kranken geradezu Brot verabreicht, in welchem das Kochsalz durch Brom ersetzt war. Die Erfolge dieser Entsalzung sind wechselnde gewesen. Manche Beobachter waren mit ihr ausserordentlich zufrieden, während von anderer Seite betont wurde, dass die Kranken bald einen starken Widerwillen gegen die ungesalzenen Speisen zeigen und körperlich dabei herunterkommen.

Ganz besondere Wichtigkeit möchte ich in der Behandlung der Epilepsie aus früher erörterten Gründen der Durchführung dauernder und vollständiger Enthaltsamkeit gegenüber dem Alkohol auch in jenen Fällen beilegen, in denen es sich nicht um eine eigentliche Alkoholepilepsie handelt. Jeder Epileptiker ist in höherem oder geringerem Grade intolerant gegen Alkohol und ist, wie ich glauben muss, in Gefahr, durch denselben gelegentlich in schwere geistige Störung zu verfallen, sich selbst und Anderen in hohem Grade gefährlich zu werden. Namentlich gilt jene Forderung natürlich für die Dipsomanie, bei welcher ihre unbedingte Durchführung das einzige, aber öfters erstaunlich günstig wirkende Heilmittel bildet. Wie ich in einer Reihe von Fällen beobachtet habe, verlaufen die hier so gefährlichen Verstimmungen ohne Alkohol nicht nur ganz harmlos, sondern sie werden auch nach und nach seltener und unbedeutender und können sich, wie es scheint, allmählich fast ganz verlieren.

Die Anfälle selbst hat man mit zahllosen Mitteln bekämpft. Allerdings könnte man zweifelhaft sein, ob dieses Bestreben zweckmässig ist, wenn die Anfälle wirklich Sicherheitsventile vorstellen und das angesammelte Gift vernichten. Vielleicht geschieht aber die Verringerung der Anfälle überhaupt nur durch Beseitigung ihrer Ursache. Von einer Aufzählung aller Mittel, die man zu jenem Zwecke angewendet hat, dürfen wir hier absehen; nur der Borax, der bei geringem Nutzen schwere Verdauungsstörungen, Hauterkrankungen und Nierenentzündungen erzeugt, das Argentum nitricum, der Monobromkampher, das Bromäthyl, das Atropin und das von verschiedenen Seiten gerühmte Zinkoxyd (steigende Gaben von 0,06 gr an) sollen hier kurz erwähnt werden. Krainsky hat auf Grund seiner Auffassung von der Entstehung der Epilepsie nach einem Mittel gesucht, welches imstande wäre, das carbaminsaure Ammoniak im Blute zu zerstören. Er fand es

im kohlensauren Lithion, das er in mittleren Gaben von 2 bis höchstens 5 oder 6 gr in Anwendung brachte. Seine Erfolge waren nicht nur bei der Epilepsie, sondern auch bei der Eklampsie vorzügliche, doch traten bei höheren Gaben des Mittels Vergiftungserscheinungen, Benommenheit, Niedergeschlagenheit, Ataxie auf. Krainsky stellt sich vor, dass sich bei seiner Behandlung das kohlensaure Lithion mit dem carbaminsauren Ammoniak in carbaminsaures Lithion und kohlensaures Ammoniak umsetzt. Letzteres wird in kleineren Mengen vom Körper fortwährend ausgeschieden, sammelt sich aber bei reichlicherer Bildung an und erzeugt dann die erwähnten Vergiftungserscheinungen. Es bleibt abzuwarten, ob sich diese verhältnismässig einfache Lösung der Frage als richtig erweist, und ob das kohlensaure Lithion auch in anderen Händen ähnlich günstige Wirkungen entfaltet. Von Wildermuth sind die Überosmiumsäure und namentlich das Amylenhydrat empfohlen worden, das in Gaben von 5—8 gr täglich Zahl und Stärke der epileptischen Anfälle herabzusetzen scheint. Besonders gute Dienste soll es neben dem Chloralhydrat in der Behandlung des Status epilepticus leisten; er sah die Zahl der Todesfälle unter dem Einflusse des Mittels von 58 auf 33% herabgehen. Naab*) rühmt die Wirksamkeit häufig wiederholter intramusculärer Einspritzungen von je 0,8 g. Auch das Dormiol scheint sich zu bewähren. Ausserdem sind verlängerte heisse Bäder, Kochsalzinfusionen, unter Umständen vielleicht der Aderlass am Platze. Frühzeitiges Eingreifen bei rasch aufeinanderfolgenden Krämpfen oder Absencen ist die Hauptsache!

Bei weitem die wirksamsten Mittel in der Behandlung der Epilepsie sind jedoch immer noch die Bromsalze, die hier zum ersten Male im Jahre 1851 von Locock angewendet wurden. Wir geben sie zu 5—6 g täglich, einzeln oder in Form des Erlenmeyerschen Gemisches, doch sind schon viel grössere Gaben, bis zu 30 g, verordnet und anscheinend auch vertragen worden. Ob die übrigen Brompräparate, das Bromstrontium, Bromokoll, Bromalin, mehr leisten, steht dahin; das Bromipin wird von verschiedenen Seiten warm empfohlen. Wollen wir Erfolge erzie-

*) Naab, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LVII, 495; Landerer, Psychiatrische Wochenschrift, II, 311.

len, so muss das Brom ganz planmässig möglichst lange Zeit hindurch genommen werden. Man nimmt an, dass durch das Schwinden des Rachenreflexes oder Cornealreflexes der Zeitpunkt gekennzeichnet werde, an dem der Körper mit Brom gesättigt ist; auch Erweiterung und träge Reaktion der Pupillen sind als Zeichen dafür angegeben worden. Bei längerer Darreichung von Brom in grösseren Gaben wird das Mittel im Körper aufgespeichert, vielleicht, indem es an Stelle des Chlornatrium tritt, das nach Laudenheimers*) Angaben in grösseren Mengen ausgeschieden wird. Sobald dann das „Bromgleichgewicht" erreicht wird, soll die Ausscheidung der Einnahme entsprechen. Im weiteren Verlaufe pflegen dann die Erscheinungen der Bromvergiftung hervorzutreten, Akne, Verdauungsstörungen, bronchitische Erkrankungen, Herzschwäche, Schläfrigkeit, Gedächtnisschwäche, Benommenheit. Sie kommen bei chlorarmen, also namentlich anämischen Personen nach Laudenheimers Ansicht besonders rasch zustande, können aber durch Zufuhr von Kochsalzlösung hinausgeschoben werden. Das Auftreten der Akne kann man durch fleissiges Baden einigermassen hintanhalten; auch das Bromipin soll weniger leicht Vergiftungserscheinungen herbeiführen. Bei schwererem Bromismus ist es unbedingt geboten, sofort, aber langsam mit der Arzneigabe herunterzugehen. Es gelingt aber bei gehöriger Vorsicht meist, den Kranken mittlere Bromgaben, nach Umständen mit kurzen Unterbrechungen, jahrelang zuzuführen. Hier kommt es in einzelnen Fällen vor, dass die epileptischen Störungen nicht nur gänzlich verschwinden, sondern auch nach dem Aussetzen des Mittels nicht wiederkehren, so dass man von wirklichen Heilungen sprechen kann. Meistens wird wenigstens eine erhebliche Besserung erreicht, doch dauert der Erfolg in der Regel allerdings nur so lange und vielleicht noch nicht einmal so lange wie die Darreichung des Heilmittels.

Nach dem Aussetzen kommt es nicht selten vor, dass sich die Krämpfe und mit ihnen auch die psychischen Störungen rasch wesentlich verschlimmern. Ausserdem sah ich zweimal gerade unter dem Einflusse des Bromkalium einen wahren Status epilepticus sich entwickeln, der erst nach Ersetzung des Mittels

*) Laudenheimer, Neurologisches Centralblatt 1897, 12.

durch Atropin wieder schwand, und endlich wurden in einem von mir beobachteten Falle zwar die Anfälle durch das Bromkalium vorübergehend beseitigt, doch stellten sich statt ihrer ungemein heftige Aufregungszustände mit leichter Bewusstseinstrübung ein, welche mich die Krämpfe zurückwünschen und die eingeleitete Kur aufgeben liessen.

Indessen, auch abgesehen von derartigen Zwischenfällen, bleiben die Bromsalze in einer gewissen Zahl von Fällen, die nach den Angaben von Bratz zwischen 4 und 36 % schwankt, ohne Wirkung. Man hat daher das Mittel mit verschiedenen anderen verbunden, namentlich mit Adonis vernalis (0,3—0,6 g täglich als Infus nach Bechterew), Digitalis, Codein, Belladonna, Chloralhydrat, oder man hat die Wirkung durch Abwechselung mit anderen Arzneien zu erhöhen gesucht. So wurde von Möli das Brom zeitweilig durch Atropin ersetzt, während Flechsig*) die planmässige Folge von Opium und Brom in solchen Fällen empfohlen hat, in denen die einfache Brombehandlung keinen Nutzen zeigt. Man soll zunächst 6 Wochen lang Opium in steigender Gabe bis zu 1 g täglich verabreichen, dann plötzlich dieses Mittel durch 8 g Bromsalz täglich ersetzen. Durch Darmausspülungen und diätetische Massregeln, namentlich aber durch strenge Bettbehandlung soll die Kur unterstützt werden; die Kranken müssen unter genauester ärztlicher Aufsicht bleiben. Die bisherigen Berichte über diese Behandlung gehen ziemlich weit auseinander. Wie es scheint, können sich recht ernste Erscheinungen einstellen. Während der Opiumbehandlung sinkt das Körpergewicht bedeutend; die Kranken können nicht warm werden, verlieren die Esslust; mehrfach traten Delirien, Status epilepticus und selbst tötliche Kollapse auf. Andererseits wurden einzelne Kranke erheblich gebessert, bei denen andere Behandlungen ohne Erfolg gewesen waren.

---

*) Flechsig, Neurolog. Centralblatt, 1893, 230; 1897, 50; Salzburg, Über die Behandlung der Epilepsie, insbesondere mit Opium-Brom nach Flechsig, Diss. 1894; Linke, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LII, 753; LV, 260; Pollitz, ebenda, LIII, 377; Bratz, ebenda LIV, 208; Warda, Psychiatrische Monatsschrift, II, 257; Meyer und Wickel, Berliner klin. Wochenschr. 1900, 48; Ziehen, Therap. Monatsschr. 1898, August; Séglas et Heitz, Archives de neurologie, 1900, August; Lorenz, Wiener Klin. Wochenschr. 1899, 2.

Von verschiedenen Seiten ist darauf hingewiesen worden, dass schon die Regelung der gesamten Lebensweise, namentlich der Ernährung, die Fernhaltung äusserer Schädlichkeiten, der Aufregungen, Entbehrungen, Verführungen, einen unzweifelhaft günstigen Einfluss auf den Verlauf der Epilepsie ausübe. Insbesondere ist auch die Bettruhe als Vorbereitung und Unterstützung anderer Kuren warm empfohlen worden. Ein Teil der Erfolge, welche die verschiedensten Massregeln zu verzeichnen haben, ist daher gewiss auf die beruhigenden und schützenden Wirkungen des Krankenhauses zurückzuführen.

Die epileptischen Dämmerzustände erheischen gebieterisch die Behandlung in einer geschlossenen Anstalt; hier ist eine äusserst sorgfältige Überwachung der Kranken notwendig wegen der grossen Gefahr, welche dieselben für sich und ihre Umgebung bedeuten. Epileptiker mit häufigen Dämmerzuständen bedürfen daher der dauernden Anstaltsfürsorge ebenso wie jene zahlreichen geistigen Krüppel und Halbkrüppel, denen das Leiden die Möglichkeit zu dauernder und lohnender Erwerbstätigkeit raubt. Hier kann ihnen auch, soweit es irgend angeht, eine regelmässige Beschäftigung geboten werden, die ihre geistigen und körperlichen Kräfte erhält und übt. In neuester Zeit ist auch auf diesem Gebiete der öffentlichen Fürsorge die Lösung der vorliegenden Aufgaben in Angriff genommen worden. Den ersten praktischen Versuch einer Epileptikeranstalt in grösstem Massstabe hat Pastor v. Bodelschwingh in Bielefeld gemacht. Leider ist indessen schon jetzt erkennbar, dass hier die Wohltaten des Krankenhauses durch eine spezifisch theologische Auffassung und Behandlung der ohnedies zur Frömmelei neigenden Kranken vielfach beeinträchtigt werden. Dagegen verdanken wir den wenigen unter ärztlicher Leitung stehenden Epileptikeranstalten schon jetzt eine Reihe wertvoller Aufschlüsse über Wesen und Behandlung der Epilepsie, die uns sicherlich dem Ziele einer wirksamen Bekämpfung dieser furchtbaren Krankheit näher führen werden.

XII. Die psychogenen Neurosen.

Als Neurosen pflegt man eine Gruppe von Allgemeinleiden zu bezeichnen, die sich in wechselnden und vorübergehenden nervösen Störungen äussern. Sie werden meist in einen gewissen Gegensatz zu den Psychosen gestellt, deren Krankheitserscheinungen wesentlich auf psychischem Gebiete liegen. Die fortschreitende Erkenntnis hat gezeigt, dass diese Abgrenzung unhaltbar ist. Es gibt weder Psychosen ohne nervöse Begleiterscheinungen noch Neurosen ohne psychische Störungen. Dennoch empfiehlt es sich, aus dem Gebiete der Neurosen, zu denen man unter anderem auch die Epilepsie und die Chorea rechnet, einen kleineren Formenkreis abzuscheiden, der durch die rein psychogene Entstehungsweise der einzelnen Krankheitserscheinungen gekennzeichnet ist. Die allgemeine Grundlage dieser merkwürdigen und für das ärztliche Verständnis der Menschen ungemein wichtigen Krankheitsformen ist die mehr oder weniger stark ausgeprägte hysterische Veranlagung, deren mannigfaltige Äusserungen wir daher in erster Linie zu besprechen haben werden. Sodann aber werden wir noch kurz gewisser eigenartiger Gestaltungen der psychogenen Neurosen zu gedenken haben, die zwar der Hysterie nahe verwandt sind, sich aber durch Entstehungsweise, klinische Zeichen und Verlauf aus dem Rahmen derselben herausheben. Es sind das einmal die vielumstrittene, „traumatische Neurose“ oder „traumatische Hysterie“, für die ich aus später zu erörternden Gründen die Bezeichnung der Schreckneurose vorziehe, sodann ein unter verschiedenem Namen beschriebenes Krankheitsbild, dessen wechselnde Formen mir vorläufig erlaubt sei, unter dem Namen der Erwartungsneurose zusammenzufassen.

A. Das hysterische Irresein.

Wenn es heute kaum möglich erscheint, eine knappe und scharfe Begriffsbestimmung der Hysterie*) im allgemeinen aufzustellen, so tritt uns diese Schwierigkeit in fast noch höherem Grade entgegen beim Hinblicke auf das hysterische Irresein. Wir geben gelegentlich einer ganzen Reihe von krankhaften Seelenzuständen den Beinamen des „Hysterischen", ohne immer mit genügender Klarheit die Begründung desselben durchführen zu können. Ja, es kann kaum in Abrede gestellt werden, dass vielfach ein nicht zu rechtfertigender Missbrauch mit der verallgemeinerten Anwendung jener Bezeichnung getrieben worden ist. Als wirklich einigermassen kennzeichnend für alle hysterischen Erkrankungen dürfen wir vielleicht die ausserordentliche Leichtigkeit und Schnelligkeit ansehen, mit welcher sich psychische Zustände in mannigfaltigen körperlichen Störungen wirksam zeigen, seien es Anästhesien oder Parästhesien, seien es Ausdrucksbewegungen, Lähmungen, Krämpfe oder Sekretionsanomalien.

Die eigentliche Grundlage dieser krankhaften Veränderung haben wir höchst wahrscheinlich in das Gebiet der Gefühle zu verlegen. Wir wissen wenigstens, dass von dieser Seite her schon beim gesunden Menschen ein sehr bedeutender, vielfach dem Willen entzogener Einfluss auf die Zustände unseres Körpers ausgeübt wird. Dem entsprechend pflegen auch Verstand und Gedächtnis der Hysterischen keine auffallenderen Störungen darzubieten. Allerdings begegnet uns nicht selten eine besonders starke Empfänglichkeit. Die Kranken fassen vortrefflich auf, be-

---

*) Möbius, Schmidts Jahrbücher 199, 2, 185 (Literatur); Neurologische Beiträge I; Monatsschr. f. Geburtshilfe und Gynäkologie, I, 12; Pitres, leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme. 1891; Gilles de la Tourette, traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. 1891; Janet, Der Geisteszustand der Hysterischen (die psychischen Stigmata), deutsch von Kahane. 1894; Sollier, genèse et nature de l'hystérie. 1897; l'hystérie et son traitement. 1901; Ziehen, Eulenburgs Realencyclopaedie, 3. Auflage; Krehl, Über die Entstehung hysterischer Erscheinungen; Volkmanns klinische Vorträge, Neue Folge 330. 1902; Fürstner, Deutsche Klinik, VI, 2, 155. 1901; Jolly in Ebstein u. Schwalbe, Handbuch der praktischen Medizin.

obachten gut, haben ein scharfes Auge für Kleinigkeiten, ganz besonders für die Schwächen ihrer Umgebung. Einzelne Kranke zeigen geradezu hervorragende Begabung, wenigstens nach gewissen, namentlich künstlerischen Richtungen hin; in anderen Fällen freilich besteht im Gegenteil geistige Dürftigkeit und Gedankenarmut. Vielfach überrascht im ersten Augenblicke eine grosse geistige Lebendigkeit und Regsamkeit. Bei näherer Bekanntschaft pflegt sich aber herauszustellen, dass sich mit derselben Ablenkbarkeit, Oberflächlichkeit des Urteils und Leichtgläubigkeit verbindet. Die Kranken sind unbeständig in ihrem Interesse, gehen nirgends in die Tiefe, urteilen wesentlich nach Äusserlichkeiten, ersten Eindrücken, zufälligen Nebenumständen. Alles Neue hat für sie einen besonderen Reiz; sie geben sich ihm um so lieber und um so urteilsloser hin, je mehr es mit dem Alltäglichen und Gewohnten im Widerspruche steht. Ungewöhnliche, äusserlich wirkungsvolle Persönlichkeiten und Begebenheiten pflegen daher auf sie einen grossen Eindruck zu machen. Wegen dieser ihrer blinden Empfänglichkeit sind Hysterische zu allen Zeiten die ersten Gläubigen und begeistertsten Vorkämpfer für Wundergeschichten der verschiedensten Art gewesen, namentlich auch auf religiösem Gebiete. Nur allzu häufig entspringt ferner aus diesen Eigentümlichkeiten eine starke Neugier, die Neigung, sich um fremde Angelegenheiten zu bekümmern, die Freude am Klatsch, am Skandal, an öffentlichen Schaustellungen, aufregender Lektüre und nervenkitzelnden Genüssen aller Art.

Die Erinnerung ist bei unseren Kranken im allgemeinen treu, aber nicht selten ungemein einseitig. Wahrnehmung und Deutung werden nicht immer scharf auseinandergehalten. In einzelnen Fällen besteht geradezu ein ausgeprägter Hang zu freier Ausschmückung der Vergangenheit, ja zur Vermischung der Erinnerungen mit vollkommen erfundenen Zügen. Namentlich häufig begegnet uns die Erdichtung von gefährlichen Angriffen*), meist mit geschlechtlicher Färbung; die Kranken bringen sich auch wohl selbst Verletzungen bei, knebeln sich, um das Abenteuer glaubhafter zu machen. Hier handelt es sich ohne Zweifel um bewusste Schwindeleien, die aus dem Wunsche entspringen,

*) Brouardel, Annales d'hygiène pratique, Nov. 1899.

Aufsehen und Teilnahme zu erregen. Ich kannte mehrere Hysterische, die es in verblüffender Weise verstanden, den Hörer ohne das geringste Besinnen mit den abenteuerlichsten Erfindungen über ihre Vergangenheit zu überschütten und jedem Einwande mit der grössten Seelenruhe durch immer kühnere Ausflüchte zu begegnen. Diesen Kranken gewährte das Schwindeln offenkundig einen hohen Genuss, und sie wurden dadurch mit einer gewissen Notwendigkeit in die Laufbahn unternehmungslustiger, wenn auch im ganzen harmloser Hochstapler hineingedrängt, zu der sie durch ihre rasche Auffassung und ihre Verstellungskunst in hervorragendem Masse befähigt waren. Bei den kleineren Abweichungen von der Wahrheit, wie sie uns auch in den landläufigen Fällen von Hysterie häufig genug begegnen, lässt es sich mitunter kaum entscheiden, wie weit sie absichtlicher Täuschung, wie weit sie der Beeinflussung der Erinnerung durch eine gesteigerte Lebendigkeit der Einbildungskraft ihre Entstehung verdanken. Pick hat auf die Rolle hingewiesen, die gerade bei Hysterischen der Neigung zu träumerischer Ausmalung unwirklicher Situationen zukommen kann. Einzelne Kranke können sich derart in ihre Einbildungen hineinleben, dass sie dadurch in ihrem Denken und Handeln vollkommen beeinflusst werden, obgleich es sich nicht um eigentliche Wahnvorstellungen, sondern nur um Gedankenspielereien handelt, die mit Liebe und Leidenschaftlichkeit ausgesponnen werden.

Beim Zustandekommen aller dieser Störungen sind vor allem die Schwankungen der Stimmung massgebend. Sie sind es, welche in hohem Grade das gesamte Seelenleben der Kranken beherrschen. Ihr Einfluss ist weit stärker, als derjenige der vernünftigen Überlegung oder der sittlichen Grundsätze. Die Kranken sind ungemein erregbar; ihnen fehlt die Dämpfung, die beim gesunden Menschen allmählich die raschen und starken Gefühlsschwankungen der Kinderjahre abschwächt. Ihnen ist nichts gleichgültig; sie sehen sich veranlasst, zu allen Ereignissen in ihrer Umgebung persönlich Stellung zu nehmen. Daher ihre ausserordentliche Empfindlichkeit, die Heftigkeit der Gefühlsausbrüche bei den geringfügigsten Anlässen, daher ihre Neigung, sich überall getroffen zu fühlen, alle sachlichen Beziehungen und Überlegungen sofort mit persönlichen Zutaten zu durchsetzen. In einzel-

nen Fällen, aber keineswegs besonders häufig, findet sich eine erhöhte geschlechtliche Erregbarkeit, welche die Kranken zu Ausschweifungen verführt; nicht so selten aber besteht im Gegenteil geschlechtliche Kälte oder völlige Unempfindlichkeit.

Die natürliche Folge der allzu lebhaften Gefühlsbetonung ist ein häufiger, unvermittelter Wechsel der Stimmung. Die Kranken sind unberechenbar, wetterwendisch, launenhaft; aus plötzlicher Ausgelassenheit verfallen sie binnen kürzester Frist und bei geringfügigstem Anlasse oder auch ganz ohne solchen in zornige, entrüstete, in bittere, weltschmerzliche oder in schwärmerisch empfindsame Gefühlsregungen. Diese Masslosigkeit und Sprunghaftigkeit der Stimmungsäusserungen zeigt deutlich, dass die Kranken nicht jener tiefen Ergriffenheit fähig sind, welche trotz geringer äusserer Zeichen das gesamte Fühlen dauernder und mächtiger beherrscht, als die Stürme einer stets schwankenden, unausgeglichenen Gemütsverfassung.

Vielleicht ist es auf die Steigerung der gemütlichen Erregbarkeit zurückzuführen, dass die eigene Person für den Kranken besondere Bedeutung gewinnt. Je mehr die ruhige Betrachtung der Dinge durch die fortwährend sich verdrängenden Gefühlsbetonungen gefärbt wird, desto stärker wird unwillkürlich die Aufmerksamkeit durch diese Regungen des eigenen Innern in Anspruch genommen. Sehr gewöhnlich kommen daher die Kranken dazu, sich mit einer gewissen Liebe in ihre eigenen Zustände zu vertiefen, über dieselben nachzudenken, sich mit sich selbst zu beschäftigen. An diesem Punkte liegt die Wurzel der bei unseren Kranken so überaus häufigen hypochondrischen Beschwerden. Jedes Unbehagen wird von den überempfindlichen Kranken in vergrössertem Massstabe wahrgenommen und erregt die peinlichsten Gefühle. Weiterhin aber haben unangenehme Gemütsbewegungen hier in noch erheblich höherem Grade, als schon bei Gesunden, die Neigung, nach den verschiedensten Richtungen hin Störungen des körperlichen Wohlbefindens zu erzeugen. Die Leichtigkeit, mit welcher sich diese Beeinflussung vollzieht, die Mannigfaltigkeit der Wege, die ihr zu Gebote stehen, ist ein besonderes Kennzeichen der hysterischen Veranlagung; sie erinnert durchaus an die erstaunliche Zugänglichkeit, welche die verschiedensten Verrichtungen des Körpers im hypnotischen Zustande

gegenüber den durch Einreden erzeugten Vorstellungen und Gefühlen darbieten.

Vielfach sind es wirkliche, aber durch die lebendige Einbildungskraft der Kranken bis ins Ungeheuerliche vergrösserte Beschwerden, an welche sich die hypochondrischen Vorstellungen anknüpfen. Schmerz und Unbehagen, die durch irgend ein Leiden erzeugt wurden, verlieren sich oft nicht mit der Ursache, sondern überdauern dieselbe, werden gewissermassen selbständig und nehmen vielleicht sogar allmählich immer grössere Ausdehnung an. Das Gefühl einer allgemeinen Schwäche infolge von Blutarmut, Verdauungsbeschwerden, Kopfschmerzen verschiedener Art, unangenehme Empfindungen längs des Rückens, in den Beinen, im Unterleibe, am Herzen bieten der empfänglichen Selbstbetrachtung die Anhaltspunkte für den Aufbau eines äusserst merkwürdigen und quälenden Leidens, dessen Einzelheiten in feinster Ausmalung und wirkungsvollen Übertreibungen bei jeder Gelegenheit in den Vordergrund geschoben werden.

Ein solches Leiden wird nicht selten zum Mittelpunkte der gesamten Interessen der Kranken. Es gibt ihnen eine Art Ausnahmestellung gegenüber allen anderen Menschen und wird vielleicht gar mit einem gewissen heimlichen Stolze erduldet. Ja, es kann dahin kommen, dass die Krankheit trotz der mit ihr verbundenen Beschränkungen zu einer Quelle der Unterhaltung, zum eigentlichen Lebensberufe wird, dem der Kranke nur mit entschiedenem, wenn auch geheimem, nicht klar bewusstem Widerstreben entsagen würde. Man möchte fast meinen, dass er in ihr eine Art Ersatz für wirklich fruchtbringende Lebensarbeit findet, die ihm durch die Unzulänglichkeit seiner Anlage verkümmert wird. Wir machen dann die merkwürdige Beobachtung, dass die Kranken trotz ihrer beweglichen Klagen doch gänzlich unfähig erscheinen, ernsthaft und zielbewusst an ihrer Wiederherstellung zu arbeiten. Nicht selten suchen sie die Verordnungen des Arztes, den sie selbst aufgesucht haben, auf alle Weise zu umgehen, tragen eine gewisse Genugtuung zur Schau, wenn ihnen das gelungen ist. Sobald von ihrer Ausdauer und Beharrlichkeit die gewissenhafte Durchführung eines langwierigen Kurplans gefordert wird, pflegen sie ungemein rasch zu versagen. Ihnen fehlt mehr oder weniger vollständig das Gefühl der eigenen Verant-

wortlichkeit für ihre Gesundheit, die natürliche, brennende Sehnsucht nach Genesung. Der Arzt hat dafür zu sorgen, dass sie sich wohl fühlen; ihn klagen sie an bei jeder Störung. Nicht für sich, sondern ihm zu Gefallen unterziehen sie sich der Behandlung, die ihnen daher keine Unbequemlichkeiten zumuten darf. Nur wo es ganz absonderliche, neu erfundene Methoden oder grosse Operationen gilt, sind sie gern bereit, erstaunliche Dinge zu ertragen.

Andererseits sind sie oft gar nicht geneigt, auf den Lebensgenuss zu verzichten, so sehr ihnen auch ihr Leiden den Geschmack daran verbittern sollte. Man ist erstaunt, die Kranken, die sich vor kurzem noch fast am Rande des Grabes fühlten, anstrengende Vergnügungen von Anfang bis zu Ende mitmachen zu sehen, vielleicht allerdings, um dann sofort wieder gänzlich zusammenzubrechen. Es kommt vor, dass die ganz gelähmten Kranken sich nicht davon abhalten lassen, weite Reisen zu machen, Gesellschaften zu geben, Museen zu besuchen. Ich selbst sah eine deutsche Dame mit gelähmten Beinen, von zwei Männern getragen, oben auf der Akropolis. Das vermag nur die Hysterie zu leisten.

In manchen Fällen sind es namentlich psychische Leiden, welche die Kranken an den Rand der Verzweiflung bringen. Entsetzliche Gedanken, Angstzustände, die Erinnerung an die unerhörten Schicksale ihres Lebens, furchtbare Seelenpein, nächtliche Träume von grauenhafter Ausführlichkeit und Schrecklichkeit, selbst angebliche Sinnestäuschungen (ein schwarzer Mann mit einem langen Messer, die Mutter im Leichengewande, geschlechtliche Angriffe), alles in theatralischem und selbstgefälligem Aufputze, pressen den Kranken bei jeder passenden Gelegenheit ganze Sturzbäche von Tränen aus den Augen, während sie gleichzeitig einen sehr ausgeprägten, wenn auch bemäntelten Sinn für die Freuden des Lebens besitzen, bei keiner Anstaltsfeierlichkeit fehlen und überall ihren übermenschlichen Schmerz mit heldenhafter Ergebung zur Schau tragen. Häufig wird hier der Wunsch geäussert, zu sterben, sich das Leben zu nehmen; auch einige einleitende Schritte werden vielleicht getan, ein Band um den Hals geschnürt, eine Nadel verschluckt, eine verdächtige Flüssigkeit getrunken; in der Regel ist keine grosse Gefahr dabei, wenn nicht ein unglücklicher Zufall mitspielt.

Die vielfachen hypochondrischen Beschwerden pflegen die hysterischen Kranken schon früh den Ärzten zuzuführen. Öfters besteht ein ausgeprägtes Arztbedürfnis. Der Arzt soll sich ihnen besonders widmen, auf ihre Klagen und Wünsche ausführlich eingehen, jeden Augenblick zu ihrer Verfügung stehen. Sie lieben es daher, ihn auch in der Zwischenzeit immer über ihre Zustände zu unterrichten, ihn mit Briefen zu überschütten, seine Hilfe bei den geringfügigsten Anlässen tags oder nachts in Anspruch zu nehmen. Auf diese Weise kann sich eine geradezu hilflose Abhängigkeit von einem bestimmten Arzte herausbilden, ohne den die Kranken nicht leben zu können glauben. Meistens jedoch wechseln diese Beziehungen häufiger. Die anspruchsvollen Kranken fühlen sich nicht genügend berücksichtigt, in ihren hochgespannten Erwartungen getäuscht; überdies sehnen sie sich nach Veränderung. So kommt es, dass sie bisweilen von einem Arzte zum andern wandern, zahllose Berühmtheiten und Spezialisten um Rat fragen, aber nirgends aushalten, die eingeholten Ratschläge gar nicht oder nach Gutdünken befolgen. Man sieht solche Kranke, die alle nur erdenklichen Heilverfahren schon an sich erprobt haben und mit Begeisterung jedes neue Arzneimittel schlucken, freilich nur, um nach kurzer Zeit wieder zu dem allerneuesten überzugehen. „Sie kann in vielen Stücken ihr Arzt selbst sein,“ schrieb mir der Mann einer solchen Kranken. Schliesslich fallen sie dann oft genug Kurpfuschern in die Hände, die ihren Neigungen entgegenkommen, ihren Drang nach wunderbaren Kuren befriedigen und dadurch erstaunliche, wenn auch leider nur vorübergehende Erfolge erzielen. Meine Voraussage, dass die Röntgenstrahlen hier alsbald die merkwürdigsten Heilungen herbeiführen würden, hat sich mit grösster Pünktlichkeit erfüllt.

Eine sehr gewöhnliche Erscheinung bei Hysterischen ist ferner das erhöhte Selbstgefühl. Da die eigene Person und deren Zustände für den Kranken eine ganz ungebührliche Wichtigkeit gewinnen, so tritt die Rücksicht auf andere und allgemeine Interessen in den Hintergrund. Jede kleine Beeinträchtigung seines eigenen Behagens empfindet er mit krankhafter Lebhaftigkeit, während ihm die schwersten Opfer von anderer Seite fast selbstverständlich erscheinen. Er wird daher ungerecht, unzufrieden, an-

spruchsvoll, fordert Beachtung und Auszeichnung von seiner Umgebung, ist sehr gekränkt durch vermeintliche Zurücksetzungen und Vernachlässigungen. Daraus entwickeln sich ungemein leicht Eifersüchteleien mit nachfolgenden Gefühlsausbrüchen, langen Aussprachen, endlosen Auseinandersetzungen, Versöhnungsszenen, alles aus lächerlich unbedeutendem Anlasse.

Aus dem erhöhten Selbstgefühl und der Unbeständigkeit der Stimmung geht die Begehrlichkeit so vieler Hysterischen hervor. Sie sind immer unbefriedigt, des Augenblickes überdrüssig, verlangen nach Neuem, noch nicht Dagewesenem, besonders nach Vergünstigungen, die sie vor Anderen auszeichnen. Immer andere Wünsche tauchen auf; Veränderungen in der Ausstaffierung des Zimmers, in der Kleidung, der Nahrung werden vorgenommen, der Verkehr gewechselt, und in zahllosen Briefen und Kärtchen ergiesst sich ein Strom von Aufträgen, Bitten, Forderungen, Beschwörungen und Klagen. Es ist oft erstaunlich, mit welchem Geschicke Hysterische es verstehen, nach den verschiedensten Richtungen hin Beziehungen anzuknüpfen, kleine und grosse Vorteile zu erlangen, sich zum wohlbeachteten Mittelpunkte ihrer Umgebung zu machen. Selbst unbegabte, ja geradezu schwachsinnige Kranke können diese Fähigkeit in hohem Grade besitzen. In den Familien pflegen daher Hysterische regelmässig die Herrschaft zu führen und ihre nächsten Angehörigen in der unglaublichsten Weise zu tyrannisieren.

Dabei ist meist das Bestreben erkennbar, interessant zu erscheinen, sich in ein besonderes Licht zu stellen, von sich reden zu machen. Überall tritt ihre eigene Persönlichkeit in den Vordergrund. Ihre Gefühle, Schmerzen, Wünsche spielen eine wichtige Rolle; ihre Mitteilungen sind vertrauliche Herzensergüsse oder unbestimmte Redensarten voll gegenstandsloser Geheimtuerei. In den Briefen wird die Einförmigkeit der Klagen durch schillernde Selbstverlachung schmackhaft gemacht. Eine meiner Kranken nannte sich Dulderin Schmerzensreich, die grosse Närrin, das Studienobjekt.

Dem entspricht es, wenn wir bei anderen Kranken an Stelle der krankhaften Selbstsucht vielmehr eine Neigung zu absichtlicher, geflissentlicher Hintansetzung der natürlichen selbstsüchtigen Neigungen treten sehen, allerdings mit dem stillen Anspruche auf besondere Anerkennung der weitgehendsten, ja

geradezu törichtsten Aufopferung. Viele hysterische Kranke berauschen sich an dem Gedanken, alles für die Armen zu geben, in selbstgewählter Erniedrigung den Kranken und Elenden zu dienen. Sie möchten etwas Grosses leisten, eine Tätigkeit haben, der Menschheit nützen. Freilich bleibt es in der Regel bei solchen grossen Gedanken oder einigen unzweckmässigen einleitenden Schritten. Öfters kann man sich auch davon überzeugen, dass die Kranken, die sich nach ihren Reden anscheinend für das Wohl ihrer Kinder, für irgend eine Wohltätigkeitsaufgabe ganz aufopfern, gar keine wirkliche Arbeit dafür leisten, sondern es bei gewissen, in die Augen fallenden Äusserlichkeiten bewenden lassen. Dennoch unterliegt es keinem Zweifel, dass die schwärmerische Entsagung des Klosterlebens, der Beruf der Krankenpflege von jeher eine grosse Zahl hysterisch veranlagter Personen besonders angezogen haben.

Auf dem Gebiete des Willens macht sich vor allem die erhöhte Beeinflussbarkeit bemerkbar. Die Kranken sind leicht bestimmbar, allen möglichen Einwirkungen zugänglich, rasch begeistert, ebenso rasch aber auch wieder abgelenkt. Namentlich das Beispiel hat für die Handlungen der Kranken eine sehr grosse Bedeutung. Mit dieser ausserordentlichen Bestimmbarkeit durch die verschiedenartigsten und unbedeutendsten Anlässe steht in scheinbarem Widerspruche die häufig sehr stark hervortretende launenhafte Eigenwilligkeit. Wenn sie sich etwas „in den Kopf gesetzt" haben, so kann es ausserordentlich schwer werden, ihren Widerstand zu überwinden; sie sind dann widerspenstig, hartnäckig, zähe und unlenksam. Man sieht solche Kranke bisweilen ohne erkennbaren Beweggrund sich lange Zeit hindurch den peinlichsten Selbstquälereien unterziehen, sich heimlich verletzen, die Nahrung verweigern, auf das Sprechen verzichten. Mehrfach sind mir junge Mädchen vorgekommen, die mit unglaublich geringen Nahrungsmengen Jahr und Tag an der Grenze des Verhungerns geblieben und zum Skelett abgemagert waren, während der Versuch ergab, dass sie körperlich nicht im geringsten am ausreichenden Essen verhindert waren. In Wirklichkeit entspringt dieses widerspruchsvolle Verhalten aus der Bestimmbarkeit des Willens durch zufällige Einflüsse, seien dieselben äussere Eindrücke oder eigene Einfälle. Es wird ge-

nährt durch die Wirkungen, die es auf die Umgebung ausübt, die Sorge der Angehörigen, ihre Bemühungen, zu helfen, welche die Kranken zum vielbeachteten Mittelpunkte ihres Kreises machen. Aus der Bestimmbarkeit des Willens erwächst auch die Neigung der Hysterischen zu unüberlegten, triebartigen Handlungen. Es ist nicht die verstandesmässige Verarbeitung der Lebenserfahrungen, welche das Handeln bestimmt, sondern eine plötzliche Gefühlswallung, ein unvermittelter Antrieb, ein beliebiger Anstoss. So kommt es, dass die gesamte Lebensführung der Kranken eine eigentümlich ungeregelte, sprunghafte wird. Die Entschlüsse wechseln rasch, ohne hinreichende Begründung; es entsteht ein wirres Durcheinander von einzelnen, sich kreuzenden Anläufen, verfehlten Unternehmungen, unüberlegten Streichen.

Aus diesem Mangel an Einheitlichkeit und innerer Festigkeit entwickelt sich eine gewisse Unruhe und Unstetigkeit, die oft in bemerkenswertem Gegensatze zu der stark betonten Kränklichkeit und Hilfsbedürftigkeit der Kranken steht. Sie haben den Drang, etwas zu unternehmen, eine Rolle zu spielen, sich hervorzutun, alles mitzumachen, treiben allerlei Unfug, gehen auf Abenteuer aus. Auch in ihrem Benehmen macht sich der Mangel an innerer Einheitlichkeit und Festigkeit geltend. Die Kranken schwanken vielfach unvermittelt zwischen herausfordernder Ungebundenheit, sprudelnder Lebhaftigkeit, gesuchter Derbheit einerseits, gezierter Unnahbarkeit, Verschämtheit oder leidseliger Empfindsamkeit andererseits. Vielfach führt sie die Gewohnheit sehr lebhafter Gefühlsäusserungen zu einer mehr oder weniger unwillkürlichen Übertreibung der Ausdrucksbewegungen. Sie haben ihre Ausdrucksmittel so verbraucht, dass sie das Bedürfnis nach immer kräftigeren Kundgebungen fühlen, um die Stärke der inneren Erregung wiederzugeben. Darum pflegt der Leidenschaftlichkeit ihres äusseren Gebahrens meist auch nicht im entferntesten die wirkliche Stärke der Gemütsbewegung zu entsprechen, die überraschend schnell durch eine andere, entgegengesetzte Gefühlsschwankung abgelöst werden kann. Auf diese Weise entwickelt sich bei den Kranken öfters eine gewohnheitsmässige Neigung zum Missbrauche starker Ausdrücke für ihre Gefühle, zu einer Art unwahrer Überschwänglichkeit. Das eigene Leid wird als entsetzlich, unsäglich, grenzenlos geschil-

dert; die Kranken bezeichnen sich als Ausgestossene, Verfluchte, fallen bei der Erinnerung an die ausgestandenen Seelenqualen in Ohnmacht oder gebrauchen wenigstens fleissig das Taschentuch. Zugleich aber ist, im Gegensatze zu wirklich schweren Gemütserschütterungen, die Freude an niederen Genüssen recht gut

Edelmüthigster Herr Oberarzt!

XXII. Schriftproben einer Hysterischen; Brief an den Arzt und an die Wärterin.

erhalten. Eine Kranke schloss einen Brief voll der schauerlichsten Selbstverwünschungen mit der Bitte um Zusendung einiger Makronen. Die nachfolgenden, von einer und derselben Kranken stammenden Schriftproben gewähren einen Einblick in die meist sehr reichlichen schriftlichen Ergüsse Hysterischer. In dem ersten, an den Arzt gerichteten Briefe tritt die mitleiderregende Häufung

der mannigfachsten Beschwerden hervor, Schlaflosigkeit, Lachkrämpfe, Weinkrämpfe, Hitze, Frost, ferner der Wunsch, zu sterben, dankbare Unterwürfigkeit gegenüber dem Arzte und Andeutungen über gehässige Behandlung durch die Umgebung. Die verhaltene Erregung drückt sich in den teilweise flüchtigen Zügen, den Gedankenstrichen und Abkürzungen aus. Sie beherrscht vollständig Inhalt und Form der zweiten, für eine Wärterin bestimmten Probe mit den grossen, am Schlusse jeweils in Striche ausgehenden Buchstaben, den langen und häufigen Zwischenstrichen und ihren leidenschaftlichen Kraftausdrücken.

Auf ihr Äusseres pflegen die Kranken in der Regel etwas zu halten. Sie putzen sich möglichst vorteilhaft heraus, bald glänzend, auffallend, bald mit berechneter Einfachheit, haben Sinn für Zierlichkeit und Behaglichkeit, sammeln allerlei niedliche Sachen um sich, die sie malerisch aufzubauen lieben. Ihre eigentliche Arbeitsfähigkeit pflegt unter ihrer Abhängigkeit von Stimmungen und Einfällen empfindlich zu leiden; die Kranken haben keine Neigung zu ernster, anstrengender Beschäftigung, keine Ausdauer, fühlen sich leicht angegriffen, zu schwach, müssen sich schonen. Obgleich sie oft viel Geschmack und Geschick zeigen, vertändeln sie doch ihre Zeit mit allerlei Nichtigkeiten und Spielereien, zierlichen Handarbeiten, künstlerischem Dilettantismus.

Das hier in grossen Zügen gezeichnete Bild der hysterischen Persönlichkeit ist natürlich nur die Zusammenfassung einer Reihe von ganz bestimmten Erfahrungen. Jeder einzelne Fall kann wieder seine Besonderheiten und wird vor allem eine gradweise sehr verschiedene Ausbildung der aufgezählten Eigentümlichkeiten darbieten. Es ist sogar von angesehenen Forschern die Ansicht vertreten worden, dass die hier geschilderte psychische Veränderung an sich gar nichts mit der Hysterie zu tun habe, sondern dem Bilde des Entartungsirreseins angehöre, das sich mit der Hysterie verbinden könne, aber nicht verbinden müsse. Dass sich in der hysterischen Veränderung des gesamten Seelenlebens die Zugehörigkeit zum Entartungsirresein im weiteren Sinne ausdrückt, ist unzweifelhaft. Gerade weil die Hysterie auf einer krankhaften Veranlagung und Entwicklung der Persönlichkeit beruht, scheinen mir die Eigentümlichkeiten des psychischen Verhaltens, die wenigstens uns Irrenärzten unendlich oft in schärfster Ausprä-

gung begegnen, untrennbar zu dem ganzen Krankheitsbilde zu gehören. Eine Abgrenzung der „Entartung“ von der „Hysterie“ ist nur dann möglich, wenn man das Leiden rein vom neurologischen Standpunkte aus betrachtet. Das ist aber gerade hier ein schwerer Fehler. Auch in ganz leichten Fällen, bei denen zunächst nur die „neurologischen“ Zeichen ins Auge fallen, wird man bei genauerer Betrachtung schwerlich die Andeutungen der oben geschilderten allgemeinen psychischen Veränderung vermissen. Dass diese nicht überall ihre ausgesprochensten Formen erreicht, ist ebenso begreiflich wie die Tatsache, dass auch die so ungemein kennzeichnende epileptische Umwandlung der Persönlichkeit in leichten Fällen fast vollständig fehlen kann.

Von grosser Bedeutung für das Krankheitsbild des hysterischen Irreseins sind natürlich auch jene körperlichen Funktionsstörungen, die wir als die Kennzeichen der allgemeinen Neurose zu betrachten pflegen („Stigmata“). Namentlich sind es Lähmungen einzelner Glieder verschiedenen Grades, Gehstörungen (Astasie-Abasie), Chorea, Ovarie, unüberwindliche Appetitlosigkeit, hartnäckiges Erbrechen, Atmungsstörungen, Sekretionsanomalien, Stimmlosigkeit, Verlust der Sprache, Stottern, Sehstörungen, Globus, Clavus, Singultus, Ohnmachtsanfälle, örtliche oder allgemeine Krämpfe, Kontrakturen, welche das Krankheitsbild in mannigfaltigster Weise begleiten. Eine grosse Rolle spielen Empfindungsstörungen. Richter fand Hemihypästhesie in 40,8%, meist linksseitig, fleckweise Anästhesie in 33,8%, allgemeine Hypästhesie in 8,4% seiner Fälle. Unempfindlichkeit des Rachens und der Hornhaut des Auges pflegt man als bis zu einem gewissen Grade kennzeichnende Merkmale der Hysterie anzusehen. Besonders häufig sind auch schwere Beeinträchtigungen des Schlafes. Allen diesen Störungen, deren Schilderung im einzelnen hier nicht unsere Aufgabe sein kann, ist der Umstand gemeinsam, dass sie einerseits in ihrer Gestaltung nicht den Regeln der anatomischen und physiologischen Zusammenhänge folgen, und dass sie in ihrem Auftreten und Verschwinden auf sehr bemerkenswerte Weise von psychischen Einflüssen abhängig sind. So erklären sich die häufigen hysterischen Epidemien; das Sehen aufregender Störungen regt unwillkürlich zur Nachahmung derselben an. Kopfschmerzen, Krampfanfälle schliessen sich an einen

Ärger, an die klinische Demonstration, an starkes Reiben der Augäpfel, ja an irgend einen beliebigen Eingriff an, der die Kranken beunruhigt. Eine meiner Kranken fühlte eine kalte Stelle an ihrem Rücken dort, wo sie von einem Schutzmanne gefasst worden war; dieselbe erwies sich als unempfindlich.

Andererseits weichen die Erscheinungen nicht selten dem Drucke auf das hyperästhetische Hypogastrium, der kräftigen Anwendung des faradischen Pinsels oder einer kalten Übergiessung. Eine heftige Aufregung, ein kräftiger Befehl vermag die schwersten Lähmungssymptome plötzlich zum Schwinden zu bringen; das Erbrechen wird durch Magenausspülungen, die Beibringung von Nährklystieren, durch die Aussicht auf eine Vergünstigung beseitigt. Kranke, die monate- und jahrelang erbrochen, fast nichts gegessen, hilflos im Bett gelegen, sich heimlich immer wieder Verletzungen zugefügt haben, können durch ein einziges Wort, einen plötzlichen Einfall in ihrem ganzen Verhalten vollständig umgewandelt werden. Freilich muss bei dem geschilderten Zustande der Kranken allen solchen Wirkungen naturgemäss die Nachhaltigkeit fehlen; der nächste Augenblick schon kann Eindrücke bringen, welche die Wiederkehr der alten oder das Auftreten neuer, auch ihrerseits bald wieder von andern abgelöster Störungen herbeiführen. Dem entspricht durchaus die weitere Erfahrung, dass die Kranken, wenn sie unbefangen sind und sich unbeachtet glauben, oft alle ihre Beschwerden vergessen und in psychischer wie körperlicher Beziehung (Essen, Gehen) eine bedeutende Leistungsfähigkeit an den Tag legen, die sofort der alten, Mitleid heischenden Hinfälligkeit Platz macht und von ihnen vollständig verleugnet wird, sobald sie auf ihre Krankheit hingewiesen werden oder sich dem Arzte gegenüber sehen.

Man hat aus solchen und ähnlichen Beobachtungen nicht selten den in der Tat oft verführerischen Schluss gezogen, dass es sich bei Hysterischen überhaupt nicht um Krankheit, sondern um ganz gewöhnliche Verstellung handele. Ohne Zweifel werden einzelne Krankheitszeichen (Geschwüre, Fieber, Blutspeien u. ähnl.) von Hysterischen willkürlich und zweckbewusst vorgetäuscht, um ihnen die Teilnahme des Arztes zu sichern und ihm eine möglichst schlimme Vorstellung von der Grösse ihres Leidens bei-

zubringen. So kommt es nicht zu selten vor, dass sie vorgeben, nichts gegessen oder keinen Stuhlgang gehabt zu haben, obgleich eine geschickte Beobachtung ergibt, dass sie mit grösster Schlauheit (in der Nacht, mit Hilfe anderer Kranker) sich Nahrung zu verschaffen oder ihre Ausleerungen zu beseitigen wissen, während sie mit verzweiflungsvoller Duldermiene oder stillem Trotze an ihrer Behauptung festhalten. Rothmann und Nathanson beschreiben eine Kranke, die monatelang, anscheinend durch Einspritzen von Milch in die Blase, Chylurie vortäuschte. Ferner habe ich es erlebt, dass eine Kranke sich mit einer Schere heimlich, aber planmässig ziemlich schwere Verwundungen in der Vagina beibrachte. Ein anderer, ziemlich schwachsinniger Kranker wusste sich in eine Bruchschnittwunde immer von neuem abgebrochene Streichhölzer und Drahtstückchen hineinzubringen; er litt jahrelang an Abszessen, aus denen sich derartige Fremdkörper entwickelten. Andere übertreiben wenigstens und suchen ihre Beschwerden in recht grellen Farben darzustellen. Eine meiner Kranken sah alles „doppelt und dreifach“. Man darf indessen nicht ausser Acht lassen, dass uns die Neigung zu einer Art Vortäuschung einzelner Störungen auch bei einer Reihe von anderen psychischen Erkrankungen gelegentlich begegnet. Es wäre daher durchaus verkehrt, aus dem Nachweise einer absichtlichen Täuschung auf den Mangel einer psychischen Erkrankung überhaupt schliessen zu wollen. Wenn auch diese oder jene von dem Kranken behauptete Störung in Wirklichkeit nicht vorhanden ist, so fällt doch eben die eigentümliche Neigung zur Täuschung des Arztes und der dem gesunden Menschen ganz unverständliche Beweggrund selber ohne Zweifel in das Gebiet des Krankhaften hinein.

Auf der allgemeinen hysterischen Grundlage entwickeln sich sehr häufig eigenartige, mehr vorübergehende psychische Störungen, von denen die bekanntesten und wichtigsten die Dämmerzustände sind. Man bezeichnet mit diesem Namen kürzer oder länger dauernde Anfälle stärkerer Bewusstseinstrübung, welche entweder für sich oder im unmittelbaren Anschlusse an Krampfanfälle auftreten, auch häufig durch solche beendet oder unterbrochen werden. Schon der einfache hysterische Anfall verrät in seinem gesamten Ablaufe, dass es sich nur um eine Trübung,

nicht um eine völlige Aufhebung des Bewusstseins handelt. Die Kranken sinken in der Regel zu Boden, ohne sich zu beschädigen, werden oft auch durch äussere Reize in der einen oder anderen Weise erkennbar beeinflusst. Die Anfälle selbst verlaufen als einfache Ohnmachten oder unter dem Bilde von ausgeprägten Krampferscheinungen. Diese letzteren tragen aber nicht den Stempel der Starre oder einförmiger Zuckungen, sondern sie gleichen mehr verwickelteren Bewegungen, teilweise geradezu affektvollen Willkürhandlungen. Unter Stöhnen und Schreien drehen, wälzen und strecken sich die Kranken, strampeln mit den Füssen, schlagen um sich, rollen sich am Boden herum, krümmen sich zusammen, schnellen sich in die Höhe; damit verbinden sich Zwerchfellkrämpfe, starke Pulsbeschleunigung, Rötung des Gesichtes, Augenrollen. Vielfach krümmt sich die Wirbelsäule so stark hintenüber, dass die Kranken nur noch mit Hinterhaupt und Fersen den Boden berühren („Arc de cercle“). Dazwischen schieben sich Purzelbäume, plötzliches Aufspringen, Greifen nach Gegenständen, Anklammern, Klettern, Gesichterschneiden („Clownismus“), endlich delirante Zustände, in denen die Kranken mit lebhaften Ausdrucksbewegungen („Attitudes passionelles“) meist ganz bestimmte aufregende Ereignisse durchleben. So kämpfte eine meiner Kranken in solchen Zuständen heftig mit einem imaginären Arzte, der ihr, nach ihren abgerissenen Ausrufen zu schliessen, Gewalt antun wollte; eine andere sah ganze Berge von Papier vor sich, durch deren Anbrennen sie die Vernichtung ihres Anwesens und ihres Wohlstandes herbeiführte. Öfters sind es wirkliche Vorkommnisse, die hier von dem Kranken mit allen Einzelheiten, meist in etwas theatralischer Form, wiedergegeben werden. Giannuli*) hat sehr lehrreiche derartige Beispiele mitgeteilt, so den Fall eines Zollbeamten, der unter grosser Lebensgefahr eine Frau aus einer wild gewordenen Rinderherde errettet hatte und einige Monate später an hysterischen Dämmerzuständen mit häufiger deliranter Wiederholung jenes Ereignisses erkrankte, als er zufällig die gerettete Frau getroffen hatte und von ihr mit Danksagungen überhäuft worden war. Bisweilen ist der Inhalt der Delirien aber auch ein rein erdichteter. Die Kran-

*) Giannuli, Monatsschrift f. Psychiatrie, IX, 107.

ken finden sich in gefahrdrohenden Lebenslagen oder sie geraten in Verzückungszustände mit himmlischen Visionen und Wonnegefühlen, Stimmungen, die sich dann auf das deutlichste in ihrem Benehmen und in ihren abgerissenen Reden widerspiegeln.

Alle diese verschiedenartigen Abschnitte des hysterischen Anfalles können in buntem Wechsel aufeinander folgen. Oft wiederholen sie sich in langen regellosen Reihen längere Zeit hindurch. Die Delirien werden durch Ohnmachten oder Krämpfe unterbrochen, um dann von neuem in gleicher oder etwas veränderter Form einzusetzen. Vielfach treten auch die nervösen wie die psychischen Bestandteile des Anfalles gesondert auf, um sich zu anderen Zeiten wieder zu dem wechselvollen Gesamtbilde zusammenzusetzen.

Nach dem hysterischen Anfalle liegen die Kranken mit schlaffen Gliedern, in denen nur gelegentlich noch eine Andeutung tonischer Starre hervortritt, ruhig atmend und mit meist verlangsamtem Pulse, die Augen nach oben und seitwärts gerollt, fast unbeweglich da, reagieren aber meist durch Ausweichbewegungen, Zucken, Augenrollen oder durch plötzliches Zusammenschrecken und Erwachen auf stärkere Reize, namentlich auf den faradischen Pinsel. In einzelnen Fällen kann sich dieser Zustand, vielleicht unterbrochen durch Krampfanfälle und Delirien, viele Tage, ja wochenlang mit geringen freieren Zwischenzeiten hinziehen; man spricht dann wohl von hysterischer Lethargie. Bisweilen gleichen die Dämmerzustände ganz dem gewöhnlichen Einschlafen („Schlafanfälle“). Die Gesichtszüge der Kranken nehmen plötzlich den Ausdruck der Ermüdung an; die Augen schliessen sich; der Kopf sinkt herab; die Glieder werden schlaff, und die Kranken scheinen mit tiefen, regelmässigen Atemzügen zu schlafen. Meist erwachen sie nach kurzer Zeit von selbst wieder, oder es gelingt, sie durch kräftige Reize zu erwecken. Sie scheinen dann zunächst noch schlaftrunken, blicken beim Erwachen verstört um sich und wissen gar nicht, wie alles gekommen.

Solche Schlafanfälle bilden den Übergang zu den Erscheinungen des Nachtwandelns oder Somnambulismus, wie sie bei Hysterischen während des natürlichen Schlafes beobachtet werden. Die Kranken erheben sich aus ihrem Bette, sehen zum Fenster hinaus, gehen im Zimmer oder selbst im ganzen Hause

herum, verrichten allerlei, oft ganz geordnete, bisweilen aber auch unsinnige (Zerreissen von Kleidern, Verstecken von Gegenständen) und sogar verbrecherische Handlungen (Diebstähle, Brandstiftungen), um sich dann nach einiger Zeit wieder ins Bett zu legen und am andern Morgen mit höchst unklarer Erinnerung an das Geschehene zu erwachen. Nicht selten ist es möglich, die Kranken durch Anreden oder doch durch stärkere Reize (Kälte, Stechen, Kneifen) aus ihrem Zustande zu erwecken. Ganz ähnliche Anfälle beobachtet man auch bei Tage, wo sie sich gewöhnlich im Anschlusse an einen Krampfanfall, bisweilen auch einen Lach- oder Weinkrampf entwickeln. Die Kranken machen hier ganz den Eindruck von Nachtwandlern, indem sie mit verschränkten Armen, gestikulierend oder leise und unverständlich vor sich hinsprechend, auf- und abgehen. Indessen lassen sie sich meist durch äussere Störungen gar nicht beirren; selbst gewaltsames Festhalten oder faradische Ströme genügen häufig nicht, um den krankhaften Zustand zu beseitigen.

Weiterhin beobachtet man, namentlich bei jugendlichen Kranken, Dämmerzustände mit eigentümlicher läppischer Erregung. Die Kranken befinden sich in vorwiegend heiterer, ausgelassener Stimmung, in welcher sie ihre Umgebung verkennen, schnippische Reden führen, ein eigensinniges, albernes Wesen an den Tag legen und allerlei törichte oder mutwillige Streiche begehen, schreien, Tierstimmen nachahmen, davonlaufen. Oft tritt hier bei dem ziemlich besonnenen Benehmen der Kinder die krankhafte Natur der Störung dem Zuschauer erst dann recht deutlich zutage, wenn nach einigen Minuten oder Stunden ein leichter Krampfanfall die Erregung abschliesst und nun plötzlich bei völligem Mangel der Erinnerung an das Vorgefallene ein stilles, gedrücktes Wesen an Stelle der früheren Ausgelassenheit tritt. Diese wie die deliranten Formen der Dämmerzustände war Rieger durch Hypnotisieren künstlich zu erzeugen imstande, doch sind sie auch sonst nicht gerade selten.

Den letztgenannten Störungen sind vielleicht jene Dämmerzustände verwandt, die nach Gansers*) Darstellung von dem Krankheitszeichen des Vorbeiredens begleitet sind. Es handelte

---

*) Ganser, Archiv f. Psychiatrie, XXX, 633.

sich zumeist um Untersuchungsgefangene, die rasch verwirrt wurden, lebhaft hallucinierten und nun auf die an sie gerichteten Fragen ganz verkehrte Antworten gaben, obgleich sie dieselben anscheinend auffassten, wenn auch mit einer gewissen Schwierigkeit. Zugleich bestand weit ausgedehnte, wechselnde Aufhebung der Schmerzempfindlichkeit. Nach wenigen Tagen wurden die Kranken unter Schwinden dieser Störung ziemlich plötzlich frei, ohne sich des Vorgefallenen zu erinnern. Ich habe ähnliche Fälle ebenfalls gesehen. Ferner aber setzte sich bei einzelnen Kranken eine unabsehbare Kette derartiger Dämmerzustände viele Monate hindurch, einmal, bei einer Untersuchungsgefangenen, mehr als ein Jahr lang fort. Die Kranken waren jeweils einige Tage hindurch ablehnend, finster, unbesinnlich, anscheinend mit allerlei Täuschungen beschäftigt, äusserten Verfolgungs- und Grössenideen, gaben ganz unsinnige Antworten, wurden plötzlich erregt und rücksichtslos gewalttätig. In den Zwischenzeiten waren sie klarer, erotisch, bald scherzhaft, bald gereizt, putzten sich heraus, quälten ihre Umgebung, kannten den ganzen Hausklatsch, wussten aber nichts von den Vorgängen während der Dämmerzustände. Nach wenigen Tagen, oft bevor die Kranken noch völlig frei erschienen, setzte schon wieder ein neuer Anfall ein. Hier war auch ausserhalb der Bewusstseinstrübung Analgesie vorhanden; zugleich traten zeitweise ausgebildete hysterische Anfälle auf. Bei diesen schweren Verlaufsformen habe ich wiederholt gezweifelt, ob es sich um einfache Hysterien handele, bin aber doch zu dieser Auffassung gekommen, da ich Gelegenheit hatte, mich davon zu überzeugen, dass die Kranken auch nach langer Zeit nicht verblödet sind, sondern zum Teil seit vielen Jahren wieder ohne Schwierigkeit in der Freiheit leben.

Die Erinnerung an die Zeit des Dämmerzustandes pflegt sehr unklar, noch häufiger völlig aufgehoben zu sein. Auch rückschreitende Erinnerungslücken, welche die Zeit vor dem Anfalle in mehr oder weniger weiter Ausdehnung mit umfassen, kommen vor. In manchen Fällen taucht die Erinnerung an den früheren in einem späteren gleichartigen Anfalle vollständig wieder auf, während sie in der Zwischenzeit verloren gegangen war. Es kann auf diese Weise zu einer Art „Verdoppelung der Persönlichkeit“ kommen, insofern der Kranke abwechselnd zwei ganz verschiedene

Zustände darbietet, deren gleichartige Abschnitte je untereinander in Zusammenhang stehen. Auch der anscheinende Wechsel von drei oder vier verschiedenen Persönlichkeiten ist gelegentlich beobachtet worden. Die Kenntnisse und Erfahrungen des einen Zustandes werden nicht in den anderen hinübergenommen. Bisweilen entspricht der eine Zustand einer ganz bestimmten Altersstufe, ähnlich wie man durch die Hypnose imstande ist, Jemanden scheinbar in frühere Abschnitte seines Lebens zurückzuversetzen. Es muss indessen darauf hingewiesen werden, dass es sich bei derartigen Vervielfältigungen der Persönlichkeit immer nur um die Wirkung von Autosuggestionen handelt; der neue Zustand gestaltet sich so, wie der Kranke sich ihn vorstellt; er wird nicht wirklich geistig zum Kinde, sondern ahmt dasselbe nur nach, wenn auch unwillkürlich und unbewusst.

Da die Hysterie mit einer Umwandlung der ganzen psychischen Persönlichkeit einhergeht, werden natürlich auch die verschiedenartigsten nicht eigentlich hysterischen Psychosen auf dieser Grundlage durch Beimischung einzelner besonderer Züge eine eigenartige Färbung annehmen können; Nissl machte diese Erfahrung bei 11—12% der geisteskranken Frauen. Sie gilt besonders für das manisch-depressive Irresein, von dem wir ja wissen, dass es sich ebenfalls wesentlich aus krankhafter Veranlagung heraus entwickelt. Auch im Beginne der Dementia praecox begegnen wir vielfach allerlei hysterischen Zügen. Ausserdem aber werden eine ganze Reihe von Erkrankungen mit dem Beinamen des Hysterischen belegt, die mit der hier besprochenen Neurose gar keine Beziehungen haben. Meist will man auf diese Weise das Auftreten von geschlechtlicher Erregung kennzeichnen, die in Wirklichkeit bei anderen Formen des Irreseins weit häufiger und stärker in den Vordergrund tritt, als gerade bei der Hysterie. Endlich jedoch kommen auch im Verlaufe der Hysterie gewisse mehr abgegrenzte psychische Störungen zur Beobachtung, die nur Erscheinungsformen des Grundleidens zu sein scheinen. Dahin gehören zunächst kürzer oder länger dauernde, grundlose traurige oder ängstliche Verstimmungen, welche oft von unbestimmten Versündigungs- und Verfolgungsideen begleitet sind. Auch über das Sehen von Gestalten, das Hören von Vorwürfen berichten die Kranken bisweilen, doch

ist es mir immer zweifelhafter geworden, ob es sich in solchen Fällen wirklich um Sinnestäuschungen und nicht um lebhafte Vorstellungen, allenfalls um traumartige Erlebnisse handelt. Recht häufig sind ferner Aufregungszustände aller Art, zumeist in Form zorniger Gereiztheit mit heftigen Schimpfanfällen, mit der Neigung, zu zerstören und selbst zu schmieren, gewöhnlich an irgend einen äusseren Anlass, einen Ärger, eine eifersüchtige Regung und dergl. sich anschliessend. Alle diese Zustände gehen meist rasch, binnen wenigen Stunden, Tagen oder höchstens Wochen, wieder vorüber. Sie nehmen im Gegensatze zu den manischen Geistesstörungen einen ganz unregelmässigen, durch Zufälligkeiten beeinflussten Verlauf, wenn sie auch bisweilen durch die Verbindung mit den Menses in bestimmten Zwischenzeiten wiederkehren. Überdies fehlen den Aufregungen stets die wichtigen manischen Zeichen der Ideenflucht und des eigenartigen Beschäftigungsdranges; vielmehr tragen sie durchaus die Züge lebhafter Gefühlsausbrüche. Ebenso sind die Verstimmungen der Hysterischen nicht von der psychomotorischen Hemmung begleitet, welche die Depressionszustände des manisch-depressiven Irreseins kennzeichnet. —

Die Hysterie ist in der Hauptsache eine Ausdrucksform der krankhaften Veranlagung. Erbliche Belastung fand sich in 70 bis 80% meiner Fälle. Gewiss ist aber dabei auch der Einfluss der Nachahmung sowie der verkehrten Erziehung mit zu berücksichtigen. In der Regel waren allerlei Eigentümlichkeiten schon vor dem Auftreten der eigentlich hysterischen Störungen bei den Kranken bemerkt worden, Beschränktheit, selbst bis zum Schwachsinn, Eigensinn, Unstetigkeit, Schwatzhaftigkeit, Trägheit, Neigung zum Prahlen, Schwindeln, zum Delirieren bei geringem Fieber, übertriebene Frömmigkeit, namentlich aber grosse gemütliche Reizbarkeit und häufiger, unvermittelter Stimmungswechsel. Vielfach waren einzelne körperliche Anzeichen vorausgegangen, Veitstanz, Schwindelanfälle, Schlafanfälle, Kopfschmerzen, Verlust der Sprache. Hie und da schlossen sich derartige Vorboten an einen Fall, eine Kopfverletzung, eine akute Krankheit, eine gemütliche Erregung an.

Wie der Name bereits andeutet (ὑστέρα, die Gebärmutter), ist die Hysterie so sehr eine Krankheit des weiblichen Ge-

schlechts, dass man sogar zweifelhaft gewesen ist, ob man überhaupt ein Recht hat, ähnliche Erkrankungen bei Männern mit derselben Bezeichnung zu belegen. Indessen die „männliche Hysterie"*) ist heute, wie wir der Pariser Schule ohne weiteres zugestehen müssen, keine seltene Krankheit mehr. Während man früher annahm, dass die Hysterie bei Frauen etwa 20mal so häufig sei, wie bei Männern, hält Jolly neuerdings ein Verhältnis von 5:1 für zutreffend; Marie und Souques fanden in den unteren Ständen von Paris die Hysterie sogar etwas häufiger beim männlichen Geschlecht, wie Möbius meint, vielleicht deshalb, weil in jenen Schichten die Unterschiede in der psychischen Eigenart der beiden Geschlechter noch weniger ausgebildet seien. Allerdings wird bei allen derartigen Angaben zu berücksichtigen sein, dass sie ganz von der Umgrenzung des Begriffes abhängig sind. Unter den von mir beobachteten Hysterischen waren die Männer mit 30% beteiligt. Jedenfalls lässt sich eine scharfe Trennungslinie zwischen den Neurosen der beiden Geschlechter schwerlich ziehen. Weder die eigentümlichen Krampferscheinungen noch die Charakterveränderung oder die Dämmerzustände fehlen bei Männern vollständig, wenn sie auch beim weiblichen Geschlechte eine viel grössere Ausdehnung und reichere Entwicklung zu erlangen pflegen.

Recht häufig ist die Hysterie bei Kindern**) bis in die jugendlichsten Lebensalter herab; das weibliche Geschlecht überwiegt hier kaum mehr. Freilich sehen wir hier meist nur einzelne Krankheitserscheinungen auftreten, halbseitige Blindheit, Stummheit, Reflexkrämpfe, Schiefhaltung der Wirbelsäule oder des Kopfes durch Muskelspannungen, Lähmungen, Schreianfälle, krampfhaftes Husten, läppische Dämmerzustände (Chorea magna). Alle diese Störungen werden leicht durch körperliche Zufälle, aber auch durch Gemütsbewegungen, namentlich durch psychische Ansteckung ausgelöst (Schulepidemien). Armut, Abgeschlossenheit und mangelhafte Bildung begünstigen, wie Bruns anführt, die Entstehung derartiger Zufälle. Im höheren Alter entwickelt sich

*) Brunner, Über Hysterie virilis. Diss. Zürich. 1903.

**) Bruns, Die Hysterie im Kindesalter. 1897; Sänger, Monatsschrift f. Psychiatrie, IX, 321.

die Hysterie äusserst selten; sie zeigt sich eben schon früher, wenn überhaupt die Vorbedingungen dazu gegeben sind. Dennoch scheinen im Klimakterium die Störungen nicht selten stärker hervorzutreten. Andererseits werden auch bei Greisen, wohl im Zusammenhange mit arteriosklerotischen Erkrankungen, psychogene Störungen, namentlich des Gehens, beobachtet. Ich glaube jedoch nicht, dass wir dieselben ohne weiteres der Krankheit Hysterie zurechnen dürfen; sie werden zumeist ebenso zu beurteilen sein wie die psychogenen Begleiterscheinungen anderer organischer Hirnerkrankungen.

Aus den angeführten Erfahrungen geht jedenfalls soviel hervor, dass den überlieferten Beziehungen der Hysterie zum weiblichen Geschlechtsleben nicht diejenige Unverbrüchlichkeit zukommt, welche ihnen, selbst bis in die neueste Zeit, vielfach zugeschrieben worden ist. Ebenso muss uns der Umstand, dass gerade eine Reihe sehr tiefgreifender Erkrankungen der Geschlechtsorgane zwar recht schwere körperliche und selbst psychische Störungen zu erzeugen vermögen, ohne doch dabei die Erscheinungen der Hysterie auszulösen, gegen die Annahme einer massgebenden Bedeutung der Sexualerkrankungen immerhin misstrauisch machen. Sehen wir doch ferner hysterische Störungen schon lange vor dem Eintritte der Geschlechtsreife, sehen wir sie doch endlich auch bei vollkommen gesunden Geschlechtsorganen in ausgesprochenster Weise sich entwickeln.

Auf der anderen Seite kann nicht geleugnet werden, dass häufig genug bei Hysterischen der Untersuchungsbefund oder doch die Beschwerden auf das Geschlechtsleben als auf die Quelle der Neurose hindeuten, und dass die Beseitigung kleiner Störungen auf diesem Gebiete, vielleicht auch einmal die Entfernung der gesunden Fortpflanzungsorgane, unter Umständen eine erhebliche Besserung der hysterischen Leiden herbeizuführen vermag. Aus allen diesen Tatsachen geht mit Sicherheit soviel hervor, dass die eigentliche Ursache der Hysterie, wie früher ausgeführt, in einer krankhaften Veranlagung des gesamten Nervensystems gelegen ist, dass wir aber beim Weibe in den Genitalorganen eine der ergiebigsten Quellen für jene äusseren Reize und Schädlichkeiten zu suchen haben, welche nun auf dem vorbereiteten Boden die hysterischen Erscheinungen auslösen. Nur so erklärt es sich,

dass ein und dasselbe greifbare Leiden in einem Falle fast spurlos verläuft, im zweiten leichte nervöse Beschwerden, im dritten aber die ganze Mannigfaltigkeit der hysterischen Erscheinungen zu erzeugen imstande ist.

Die Anschauungen über das Wesen der Hysterie zeigen noch wenig Übereinstimmung. Auf der einen Seite ist sogar die ursprüngliche Entstehung des Leidens aus krankhaften Gehirnzuständen bezweifelt worden. Biernacki hat aus seinen Erfahrungen über das Verhalten des Blutes der Hysterischen geschlossen, dass hier wie bei der „Neurasthenie" primäre Oxydationsstörungen vorliegen, die erst weiterhin die übrigen Krankheitszeichen erzeugen. Ähnlich betrachtet Vigouroux als Grundlage der Hysterie die gichtische Stoffwechselstörung, die ja auch zur Erklärung der Epilepsie wie des manisch-depressiven Irreseins schon hat herhalten müssen. Derartige, durch nichts gestützte Anschauungen sind mit unseren sonstigen klinischen und ätiologischen Erfahrungen unvereinbar, da sie die innigen Beziehungen der Hysterie zu anderen Formen der psychopathischen Entartung, die angeborene Eigenart der erkrankenden Personen und die psychische Entstehungsweise der einzelnen Krankheitszeichen gänzlich ausser Acht lassen.

Andere Betrachtungsweisen haben unmittelbar an die Verdoppelung der Persönlichkeit wie an die eigenartigen Lähmungen und Empfindungsstörungen angeknüpft. Von Charcot und seinen Schülern ist durch scharfsinnige Versuche gezeigt worden, dass die anscheinend empfindungslosen Teile dennoch Vorstellungen und Bewegungen auslösen können, allerdings ohne dass die Eindrücke selbst ins Bewusstsein gelangen. Das augenfälligste Beispiel ist die Sicherheit, mit der sich Hysterische trotz hochgradigster Gesichtsfeldeinschränkung in fremden Räumen zurechtfinden, während ein Kranker mit Retinitis pigmentosa dabei annähernd in der Lage eines völlig Blinden sein würde. Hier findet also zweifellos eine Verwertung solcher Eindrücke für die räumliche Orientierung statt, die nicht bewusst wahrgenommen werden; ähnliche Vorgänge wiederholen sich bei der Berührung unempfindlicher Hautstellen. Es liess sich sogar nachweisen, dass die Umsetzung von Reiz in Bewegung unter solchen Bedingungen rascher vor sich ging, als die willkürliche und bewusste. Man

hat daher von einer „Spaltung“ des Bewusstseins gesprochen (Janet) in dem Sinne, dass einzelne, wechselnde Gebiete der Sinneserfahrung den Zusammenhang mit dem Gesamtbewusstsein der Persönlichkeit verlieren könnten. Gewisse Gruppen von äusseren Eindrücken finden zeitweise den Weg zum Bewusstsein nicht, während sie doch mittelbare Wirkungen im Seelenleben entfalten. Umgekehrt vermag der bewusste Wille nicht zu diesem oder jenem Werkzeuge zu gelangen, so dass es nur auf unbewussten Umwegen in Tätigkeit versetzt wird, obgleich es an sich zur Arbeit tauglich wäre. Sollier hat neuerdings geradezu einen teilweisen Schlafzustand, einen Vigilambulismus der Hysterischen angenommen. Ähnlich wie im Schlafe mannigfache Eindrücke wohl unsere Träume und unsere Bewegungen beeinflussen, ohne doch bewusste Empfindungen und Vorstellungen zu erwecken, so fallen auch für das hysterische Bewusstsein gewisse Gebiete der Sinneserfahrung aus, weil die Hirnteile schlafen, denen die Reize zufliessen: ähnliches gilt für die Lähmungen. Das sind sicherlich recht hübsche Gleichnisse, um die klinischen Tatsachen unserem Verständnisse näher zu bringen. Dagegen werden wir uns schwerlich Solliers bequemes Verfahren zu eigen machen, durch das Beobachten der Schmerzpunkte in Gehirn und Rückenmark, die beim suggestiven „Erwecken“ der einzelnen Organe auftreten, ihre „Centren“ zu bestimmen.

Mit einer höchst merkwürdigen Auffassung der hysterischen und noch einer Reihe von anderen Störungen sind Breuer und Freud hervorgetreten. Nach ihren Versicherungen soll die Hysterie durch ganz bestimmte passive sexuelle Erlebnisse in der frühesten Kindheit erzeugt werden, die dann in Form unbewusster Erinnerungen durch das ganze spätere Leben hindurch fortspuken und in mannigfaltiger Umformung zur hysterischen „Abwehrneurose“ führen. War jenes Erlebnis nicht die Duldung, sondern die Begehung einer geschlechtlichen Handlung, so entstehen auf demselben Wege Zwangsvorstellungen, ja auch paranoische Krankheitsbilder sollen ähnlichen Ursprung haben können. Man erfährt alle diese Dinge, indem man die Kranken in der Hypnose ausfragt. Wir dürfen nicht bezweifeln, dass man auf diesem Wege noch ganz andere Dinge herausbringen könnte. Wenn aber unsere vielgeplagte Seele durch längst vergessene unliebsame sexuelle

Erfahrungen für alle Zeiten ihr Gleichgewicht verlöre, so dürften wir am Anfange vom Ende unseres Geschlechts angekommen sein; die Natur hätte ein grausames Spiel mit uns getrieben! Freilich sollen alle jene Erinnerungen unschädlich werden, wenn es dem kundigen Arzte gelingt, sie mit Hilfe des „kathartischen“ Verfahrens, der fortgesetzten hypnotischen Beichte, ans Licht zu ziehen und zu bewussten zu machen.

Kurz und gut, die Hysterie ist ein angeborener abnormer Seelenzustand, dessen Eigentümlichkeit darin liegt, dass, wie Möbius es ausdrückt, krankhafte Veränderungen des Körpers „durch Vorstellungen“ hervorgerufen werden. Ich möchte hinzufügen, was Möbius an anderer Stelle nachholt, dass es gefühlsstarke Vorstellungen sind, ja oft Gefühle, deren Vorstellungsinhalt ein sehr unklarer ist. Dadurch erklärt es sich, dass jene körperlichen Störungen ihrer Form nach durchaus nicht immer dem Inhalte der auslösenden Reize und Vorstellungen entsprechen, und dass sie Gebiete betreffen können, die dem Einflusse des bewussten Willens gar nicht zugänglich sind, ja, dass sie bisweilen von den Kranken selbst gar nicht bemerkt werden. Das sind alles Erfahrungen, die uns von den körperlichen Begleiterscheinungen der Gefühle her wohl bekannt sind. Die innere Beziehung zwischen Trauer und Tränen, Witz und Lachen ist nicht verständlicher als diejenige zwischen Schreck und Hemianästhesie. Die Angst kann unsere Darmtätigkeit anregen und unser Haar bleichen, wie die Hysterie Ödeme und Störungen in der Herzbewegung erzeugen kann. Auch Bewusstseinstrübungen, höchste einseitige Inanspruchnahme der Aufmerksamkeit bei Unempfindlichkeit nach anderen Richtungen begegnen uns unter den Wirkungen der Gemütsbewegungen. Dagegen verlieren beim Gesunden die unbewussten Fortwirkungen der Affekte sehr bald ihre Kraft und werden jedenfalls durch neue Seelenregungen rasch verwischt. Bei der Hysterie aber können sie eine gewisse Selbständigkeit gewinnen und, unbeeinflussbar durch den Willen und weitere Erlebnisse, dauernd einzelne Gebiete der Körpervorgänge beherrschen. Die Annahme solcher „Dauerformen“ unbewusster Fortwirkungen, wie Krehl sie nennt, würde etwa, soviel ich sehe, den brauchbaren Kern der von Breuer und Freud mitgeteilten Erfahrungen wiedergeben. So wenig ich daher auch

daran denke, etwa die Erscheinungen der Hysterie erklären zu wollen, komme ich doch zu dem Schlusse, dass bei ihrem Zustandekommen wahrscheinlich gesteigerte Ausgiebigkeit der gemütlichen Erregungen sowie krankhafte Ausbreitung und Dauer ihrer unwillkürlichen Begleiterscheinungen eine wesentliche Rolle spielen.

Gerade darum aber muss ich Möbius widersprechen, wenn er die Geistesstörungen der Hysterischen für „Komplikationen" hält. Sie sind nach meiner Überzeugung nichts als Äusserungen derselben Ursache, die den körperlichen Störungen zugrunde liegt. Die eigenartige Steigerung der gemütlichen Beeinflussbarkeit wird man auch in denjenigen Fällen von Hysterie schwerlich vermissen, in denen schwerere Anzeichen der hysterischen Entartung noch fehlen. Es ist daher wohl kein Zufall, dass wir bei Kindern mit ihrer grossen gemütlichen Erregbarkeit, welche die verschiedensten Gebiete der Körpervorgänge in Mitleidenschaft zieht, auch ohne stärkere erbliche Belastung einzelne hysterische Störungen auftauchen sehen, die sich später, mit der Festigung der Persönlichkeit, spurlos wieder verlieren können. Ebenso dürfte sich die grössere Häufigkeit der Hysterie bei dem leicht erregbaren weiblichen Geschlechte und die verhältnismässig ungünstige Bedeutung der männlichen Hysterie erklären. Bei der geringen Veranlagung des Mannes zu heftigen und ausgebreiteten Gefühlsreaktionen (Weinen, Schreien, Zittern, Ohnmachten u. s. f.) werden hier hysterische Erscheinungen im allgemeinen nur dann zur Ausbildung kommen, wenn tiefgreifende Veränderungen im psychischen Gesamtverhalten vorliegen. Wo sie aber auftreten, müssen sie in dem schwerfälligeren Seelenleben des Erwachsenen und namentlich des Mannes weit zäher haften, als in der leicht beweglichen Persönlichkeit des Kindes, eine Voraussetzung, die vollkommen der Erfahrung entspricht.

Wie sich aus den vorstehenden Erörterungen von selber ergibt, ist der Verlauf der Hysterie regelmässig ein langwieriger, nicht selten über Jahrzehnte hinaus sich erstreckender. In manchen Fällen zeigen sich die ersten Andeutungen der Erkrankung, namentlich beim weiblichen Geschlechte, schon im zehnten bis zwölften Lebensjahre und noch früher, ja es sind einzelne Fälle aus dem zweiten Lebensjahre berichtet worden.

Im Gegensatze zu dem andauernden Fortbestehen des hysterischen Zustandes können die einzelnen Formen psychischer Erkrankung einen ausserordentlich wechselvollen und verschiedenartigen Verlauf nehmen. Ja, der rasche und unvermittelte Wechsel der Erscheinungen ist sogar in hohem Grade dem hysterischen Irresein eigentümlich. Es ist gewissermassen eine Reihe von „Zufällen“, die sich auf der gemeinsamen Grundlage nacheinander abspielen können, und deren Einzeldauer in der Regel einige Monate nicht überschreitet, häufig aber auch nur einige Tage oder Stunden beträgt. Immerhin kann sich aus Verstimmungen, Erregungen, Dämmerzuständen, körperlichen Störungen ein überaus mannigfaltiges, widerspruchsvolles Krankheitsbild zusammensetzen, welches Jahr und Tag ausfüllt. Bei der kindlichen Hysterie pflegt der Reichtum an Erscheinungen und ebenso ihre Dauer verhältnismässig gering zu sein; auch die Hysterie der Männer bietet in der Regel ein recht einförmiges Bild; bei ihr erhalten sich dieselben Störungen oft jahrelang ohne merkliche Schwankung.

Die Prognose des hysterischen Irreseins ist, was die eigentlichen Anfälle psychischer Störung anbetrifft, im allgemeinen eine günstige; früher oder später pflegt mit oder ohne Behandlung eine Besserung oder wenigstens Änderung einzutreten. Ein eigentliches Fortschreiten der Krankheit findet an sich nicht statt; vielmehr sind die besonderen Bedingungen, in denen sich die Kranken befinden, für die Besserung oder Verschlechterung der Krankheitserscheinungen wesentlich massgebend. Jedenfalls aber kommt es niemals zu einer Verblödung. Gerade in den ausgeprägtesten und mit schweren Störungen einhergehenden Fällen sehen wir durchaus keine Zeichen von psychischer Schwäche zur Entwicklung kommen; ich halte es daher für durchaus notwendig, die verblödenden Krankheitsformen aus dem uns sonst so wohlbekannten und einheitlichen Bilde der Hysterie auszuschliessen, finde auch gar keine Schwierigkeit, sie in anderen Gruppen unterzubringen.

Getrübt wird die Prognose der Hysterie durch die aus ihrem Wesen entspringende Neigung zu Rückfällen in den verschiedensten Gestalten. Nur die Hysterie der Kinder scheint sich mit fortschreitender körperlicher Entwicklung bis auf eine gewisse

Herabsetzung der psychischen Widerstandsfähigkeit nicht selten völlig zu verlieren. Bei Erwachsenen ist an eine wirkliche Umänderung der hysterischen Anlage schwerlich zu denken. Dagegen werden sehr bedeutende und ans Wunderbare grenzende Heilerfolge bisweilen in solchen Fällen erzielt, in denen sich äussere Reize (Sexualerkrankungen, ungeeignete Lebensweise, schädlicher Einfluss der Umgebung) als wesentliche auslösende Ursache der Krankheitserscheinungen erkennen lassen. Andererseits gibt es, wie es scheint, vorzugsweise beim männlichen Geschlechte, schwere Formen der Hysterie mit hochgradigen hypochondrischen Beschwerden, die sich dem ärztlichen Eingreifen auf die Dauer nahezu ganz unzugänglich erweisen und eine Art fortschreitenden Verlaufes zeigen mit stetiger oder schubweiser Verschlechterung des gesamten Krankheitsbildes. Sie bilden die Übergänge zum Entartungsirresein im engeren Sinne.

Schon die Schwierigkeit einer scharfen Begriffsbestimmung des hysterischen Irreseins deutet auf die nahen Beziehungen hin, die dasselbe zu verwandten Krankheitszuständen aufzuweisen hat. Namentlich die „männliche Hysterie" ist es, welche diese Beziehungen am klarsten hervortreten lässt. Nach der einen Seite hin haben wir zahlreiche Übergänge zu den verschiedenen Formen des Entartungsirreseins zu verzeichnen. Indessen pflegen jene Krankheitsbilder weit einförmiger zu sein, als die Hysterie; überdies fehlen ihnen die Dämmerzustände und die mannigfachen körperlichen Begleiterscheinungen. Auf die Unterschiede zwischen der hysterischen und der durch Angst bedingten Unfähigkeit zu gewissen einfachen Handlungen, insbesondere zum Gehen und Stehen, hat Möbius hingewiesen. Während wir es dort mit der Unmöglichkeit zu tun haben, den Willensanstoss zum Muskel gelangen zu lassen, erzeugt hier die Vorstellung der zu lösenden Aufgabe heftige gemütliche Erregung, die nun entweder zu unangenehmen, selbst schmerzhaften Empfindungen oder zu einem ganz unzweckmässigen und störenden Eingreifen des Willens in die sonst unwillkürlich ablaufenden Vorgänge führt. Dort sind also die Kranken gar nicht imstande, auch nur den Versuch zur Ausführung der verlangten Handlung zu machen, so dass ihr Zustand völlig demjenigen wirklich Gelähmter ähnelt; hier dagegen scheitert der Versuch an den sofort auftretenden krank-

haften Begleiterscheinungen; erst infolge dieser Erfahrungen wird er dann abgelehnt. Diese Unterschiede grenzen einerseits die Hysterie von gewissen äusserlich ähnlichen Formen der Phobien ab; sodann aber begründen sie auch die Sonderstellung, die wir hier der Erwartungsneurose gegeben haben, bei der wir es ebenfalls mit Behinderungen ängstlichen Ursprunges zu tun haben. Zudem pflegen sie sich immer nur auf ein einzelnes, bestimmtes Gebiet zu erstrecken, ohne den mannigfaltigen Wechsel der Erscheinungen, wie er der Hysterie eigentümlich ist. Auch die Schreckneurose bietet eine viel einförmigere Entwicklung, doch ähneln die ungünstig ausgehenden Fälle sehr den schweren, fortschreitenden Formen der Hysterie.

Dass wir Hysterie und Epilepsie nicht als verschiedene Äusserungen desselben Krankheitsvorganges ansehen können, wie es noch neuerdings geschehen ist, bedarf kaum der weiteren Ausführung. Die Hysterie ist eine Form der psychopathischen Veranlagung, die sich in krankhafter Verarbeitung der Lebensreize äussert, die Epilepsie ein Krankheitsvorgang, der die Grundlagen der psychischen Persönlichkeit allmählich in grösserer oder geringerer Ausdehnung zerstört. Dennoch kann es im einzelnen Falle recht schwierig sein, beide Krankheiten auseinanderzuhalten. Wir werden uns darüber nicht wundern, da die Hysterie einerseits eine Menge von ihr grundverschiedener Hirnerkrankungen „nachzuahmen“ vermag, und da andererseits auch die Epilepsie unzweifelhaft von einzelnen psychogenen Störungen begleitet sein kann. Beim hysterischen Anfalle ist das Bewusstsein nicht so tief getrübt wie beim epileptischen; es kommt daher auch fast nie zu dem plötzlichen, rücksichtslosen Hinstürzen, zu ernsthaften Verletzungen und zum Zungenbiss. Die Kranken merken es meist vorher, wenn der Anfall kommt; hie und da beobachtet man auch wohl Zuckungen, Steifigkeit einzelner Glieder bei völlig klarem Bewusstsein, was freilich auch in manchen Fällen von Epilepsie vorkommt. Die Pupillenstarre während des Anfalles, die man früher als wichtiges Erkennungszeichen der Epilepsie betrachtete, ist neuerdings auch bei der Hysterie gefunden worden.*) Sie

*) Karplus, Jahrb. f. Psychiatrie, XVII, 1; A. Westphal, Berl. klin. Wochenschr. 1897, 47.

kann sogar bei vereinzelten Kranken ausserhalb des Anfalles vorhanden sein, besonders während der Augenuntersuchung; es scheint sich dabei um einen Krampf des Sphinkter Iridis zu handeln. Dagegen ist reflektorische Pupillenstarre immer ein Zeichen einer organischen Hirnerkrankung. Weiterhin pflegt der hysterische Anfall eine viel grössere Mannigfaltigkeit in seiner Ausbildung zu besitzen, als der fast immer gleichförmige epileptische Insult. Endlich stehen die hysterischen Krämpfe in besonderem Masse unter dem Einflusse äusserer Einwirkungen. Nicht selten gelingt es, sie durch Gemütsbewegungen (ärztliche Visite, klinische Vorstellung) hervorzurufen und sie durch sehr lebhafte Reize abzukürzen oder plötzlich zu beseitigen. Auch schliessen sie sich gern an ganz bestimmte Anlässe, an das Essen, Aufstehen, den Glockenschlag an; sie vereinigen sich zu gehäuften Reihen, um dann plötzlich wieder gänzlich zu verschwinden.

Recht unsicher kann die Unterscheidung der hysterischen und epileptischen Dämmerzustände ausfallen. Im allgemeinen lässt sich nur sagen, dass die letzteren besonders häufig mit sehr heftigen Angstanfällen, grosser Reizbarkeit und der Neigung zu rohen, gewalttätigen Handlungen einhergehen, während die hysterischen Dämmerzustände in der Regel ruhiger und theatralischer zu verlaufen pflegen. Das Verhalten der Erinnerung ist in beiden Fällen ein wechselndes. Bei längerer Beobachtung wird sich übrigens auf Grund anderweitiger Anhaltspunkte, aus dem Vorhandensein der hysterischen Stigmata, aus der Art der Krampfanfälle sowie auch aus dem gesamten psychischen Verhalten der Kranken regelmässig eine Abgrenzung ermöglichen lassen. Dem hysterischen Charakter ist die sprunghafte Launenhaftigkeit, der rasche Wechsel der Stimmung, die Abhängigkeit von äusseren Beeinflussungen eigentümlich, während bei dem Epileptiker die rohe Zornmütigkeit, der beschränkte Eigensinn und die selbständige Periodizität der krankhaften Zufälle, namentlich auch der Verstimmungen, in den Vordergrund tritt. Zudem pflegt bei letzterem die geistige Schwäche meist häufiger und hochgradiger zu sein, als dort.

In letzter Zeit ist für die Diagnose hysterischer Dämmerzustände mehrfach grosses Gewicht auf die Verbindung von Anal-

gesie mit dem Krankheitszeichen des „Vorbeiredens“*) gelegt worden. Wie schon Nissl ausgeführt hat, sind diese Merkmale sehr trügerisch. Das Vorbeireden ist bei weitem am häufigsten in der Katatonie, hier allerdings in der Regel ohne erkennbare Bewusstseinstrübung; auch Analgesie wird dabei oft genug beobachtet oder wenigstens durch den Negativismus vorgetäuscht. Wo daher keine weiteren Zeichen der Hysterie vorhanden sind, werden Fehldiagnosen sehr nahe liegen; ich bin auch nicht im Zweifel darüber, dass eine Reihe der als hysterische Dämmerzustände beschriebenen Fälle bei weiterer Beobachtung das Gepräge der katatonischen Verblödung gewinnen werden. Nur dann halte ich die Diagnose der Hysterie bei der Verbindung von Vorbeireden und Analgesie für berechtigt, wenn gleichzeitig die deutlichen Zeichen einer Bewusstseinstrübung bestehen, erschwerte Auffassung, Unbesinnlichkeit, Desorientierung, wenn ferner der Zustand nach kurzer Zeit unter Zurückbleiben einer Erinnerungslücke und Auftreten von Krankheitseinsicht wenigstens vorübergehend wieder schwindet.

Die Abgrenzung der Hysterie von den psychogenen Begleiterscheinungen anderer Geistesstörungen wird sich in erster Linie auf den Nachweis solcher Krankheitszeichen stützen müssen, die an sich der Hysterie fremd sind. So können uns ausgeprägte Ideenflucht und Betätigungsdrang ein manisch-depressives Irresein, andauernde, unzweifelhafte Gehörstäuschungen, gemütliche Stumpfheit, Negativismus, Stereotypien u. s. f. eine Dementia praecox, reflektorische Pupillenstarre und Silbenstolpern eine Paralyse ankündigen, bei denen die psychogenen Zeichen nur als unwesentliche Nebenstörungen anzusehen sein werden; höchstens kann es sich einmal um die Verbindung einer wirklichen Hysterie mit einer jener Krankheiten handeln. Ganz ähnliche Gesichtspunkte gelten für die Unterscheidung der Hysterie von gröberen Erkrankungen des Hirns und Rückenmarks. Der Nachweis psychogener Störungen berechtigt hier, wie ich glaube, durchaus nicht ohne weiteres zur Diagnose der Hysterie, noch viel weniger natürlich zum Ausschlusse eines organischen Lei-

*) Räcke, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LVIII, 115; 409; Nissl, Centralblatt f. Psychiatrie, 1902, 2; Binswanger, Archiv f. Psychiatrie, XXXIV, 332; Westphal, Neurologisches Centralblatt 1903, 1.

dens. Hier können eigenartige Schwierigkeiten entstehen. Ich hatte einen von seinem Lehrer geohrfeigten Knaben mit hysterischen Anfällen zu begutachten, bei dem der Arzt eitrige Meningitis mit voraussichtlich tötlichem Ausgange angenommen hatte, so dass der Lehrer wegen schwerer Körperverletzung in Anklage versetzt wurde. Auch andere körperliche Erkrankungen können durch die Hysterie vorgetäuscht werden. Sander hat über zwei Hysterische berichtet, bei denen mehrfach Bauchschnitte gemacht worden waren, um vermeintliche Erkrankungen des Wurmfortsatzes zu beseitigen.

Eine vorbeugende Bekämpfung der Hysterie*) hätte bei der gesundheitsgemässen, auf die körperliche Ausbildung gerichteten, einfachen Erziehung einzusetzen. Sehr häufig sind gerade die Eltern gefährdeter Kinder aus naheliegenden Gründen am wenigsten geeignet, die schlummernden Krankheitskeime an weiterer Entwicklung zu verhindern. In solchen Fällen wird man unter Umständen geradezu die Entfernung der Kinder aus dem Einflussbereiche ihrer Angehörigen durchzusetzen suchen. Eine weitere Aufgabe wird es sein, wenigstens die auslösenden Ursachen nach Möglichkeit zu beseitigen. Dabei können allerlei körperliche Störungen, namentlich solche der Verdauungsorgane und der Geschlechtswerkzeuge, in Betracht kommen. Gerade diese letzteren haben von jeher den Hauptangriffspunkt der Heilbestrebungen bei der Hysterie gebildet. In der Tat übt die Beseitigung greifbarer Veränderungen an den Genitalien bisweilen einen sehr günstigen Einfluss auf die Krankheitserscheinungen aus. Freilich wird man dabei gut tun, sich hinsichtlich der Dauer der erzielten Besserungen keinen übertriebenen Hoffnungen hinzugeben. Andererseits haben die genannten Eingriffe durchaus nicht selten entschiedene Verschlechterungen des Zustandes zur Folge.**)

In neuerer Zeit ist man sogar vor sehr eingreifenden Operationen, bis zur Kastration, nicht zurückgeschreckt, um auf diese Weise den Hysterischen Hilfe zu bringen. Wie es scheint, ist dieses schneidige Vorgehen, welches selbst zur Entfernung ganz gesunder Eierstöcke fortgeschritten ist, in einzelnen Fällen von

*) Strümpell, Behandlung der allgemeinen Neurose, Penzoldt und Stintzing, Handbuch der speziellen Therapie, V.

**) Angelucci e Pieracini, Rivista sperimentale di freniatria, XXIII, 290.

günstigem Erfolge gekrönt worden, namentlich dann, wenn die Störungen einen gewissen Zusammenhang mit der Menstruation darboten. Allerdings liegen andererseits sichere Anhaltspunkte dafür vor, dass vielfach der psychische Eindruck der Operation wirksamer war, als die chirurgische Bedeutung derselben. Endlich aber hat sich gezeigt, dass nur zu häufig jener Erfolg keinen dauernden Bestand hatte, oder dass die Verstümmelung sogar schwere Depressionszustände nach sich zog. Ich habe Gelegenheit gehabt, eine ganze Reihe von Hysterischen zu behandeln, welche von der Keilexcision bis zur Kastration und selbst zur Uterusamputation die ganze Stufenleiter der gynäkologischen Eingriffe überwunden hatten. Nur in einem einzigen Falle schien mir durch das Wegbleiben der sonst immer mit starken Beschwerden verbundenen Menses eine länger anhaltende Erleichterung des Leidens erreicht worden zu sein. Meist blieb der Eingriff für die Dauer völlig wirkungslos; einmal sah ich eine sehr bedeutende Verschlechterung. Eine sichere und allseitig anerkannte Feststellung der Anzeigen für die Verschneidung der Hysterischen ist bisher nicht erreicht worden. Vielmehr scheint die Messerfreudigkeit auf der ganzen Linie bedeutend nachgelassen zu haben.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle wird man sich darauf beschränkt sehen, die Erscheinungen des hysterischen Irreseins zu bekämpfen. Einer besonderen Verbreitung hat sich für diesen Zweck bei den leichteren hypochondrischen Formen mit Lähmungen, Schlaflosigkeit, Verdauungsstörungen und starker Abmagerung die Weir Mitchellsche Mastkur*) zu erfreuen gehabt, mit um so grösserem Rechte, als sie durch Bekämpfung der genannten Zeichen der Hysterie zum Teil auch gleichzeitig die Quellen verstopft, aus denen die Krankheit immer wieder neue Nahrung zieht. Die Erfolge dieser Kur, welche sich allerdings nur für eine gewisse Gruppe durch den Versuch zu erprobender Fälle eignet, sind ganz ausserordentliche; selbst nach 10—20jähriger Dauer schwerer Erscheinungen gelang es bisweilen, eine durchgreifende Besserung aller der angeführten Störungen bis zum völligen Verschwinden derselben herbeizuführen.

Leider ist jedoch immerhin die Zahl jener Fälle nur allzu

*) Burkart, Volkmanns Klinische Vorträge, 245.

gross, in denen von der Mastkur ein Heilergebnis nicht erwartet werden kann. Dahin gehören namentlich die Formen mit sehr ausgeprägten psychischen Störungen, mit denen es der Irrenarzt vor allem zu tun hat. Abgesehen von denjenigen Massregeln, welche durch die gelegentlichen psychischen Gleichgewichtsschwankungen selbst gefordert werden, wird man indessen auch hier auf eine Verbesserung des körperlichen Allgemeinzustandes durch die Sorge für zweckmässige Ernährung, für ausreichende Bewegung in frischer Luft und genügenden Schlaf sein Augenmerk zu richten haben. Demselben Zwecke dienen ferner Bäder mit kühlen Überrieselungen, Massage, Gymnastik, allgemeine Faradisation. Von Arzneien kommt als Beruhigungs- und Schlafmittel namentlich das Bromkalium in Betracht, ferner bei der gewöhnlich anämischen Körperbeschaffenheit etwa Eisen, Arsen, und zur Beseitigung leichterer „Anfälle“ die Tinctura Valerianae, Aqua Laurocerasi u. dgl. Ausserdem können auch noch manche der übrigen Schlafmittel hie und da in Frage kommen, doch soll man mit letzteren möglichst sparsam sein, da die Kranken bei der langen Dauer ihres Leidens sehr die Neigung haben, Arzneien zu missbrauchen. Namentlich das Morphium führt bei Hysterischen ausserordentlich leicht zur Gewöhnung und muss daher *unter allen Umständen* vermieden werden; eine meiner Kranken hatte auch Chloroform gewohnheitsmässig eingeatmet. Die Krampfanfälle und die Dämmerzustände lassen sich durch kalte Übergiessungen oder durch den faradischen Pinsel nicht selten wesentlich abkürzen.

Den bei weitem wichtigsten Teil der Behandlung Hysterischer bildet indessen die *psychische Einwirkung*. Sehr häufig liegen in der Umgebung der Kranken, wie sie sich von selber oder unter deren Einflusse gestaltet hat, oder in der ganzen Lebensführung Schädlichkeiten, welche immer von neuem das Entstehen der krankhaften Erscheinungen begünstigen. In allen schwereren Fällen kann daher eine Kur Hysterischer erfolgreich nur dann durchgeführt werden, wenn sie vollständig aus ihren bisherigen Verhältnissen entfernt und bedingungslos in die Hände des Arztes gegeben werden. Nichterfüllung dieser wichtigen Voraussetzung führt fast regelmässig zu Misserfolgen, während man in anderen Fällen die glänzendsten Heilungen in kürzester Frist erleben kann.

Déjérine hat diese Abschliessung geradezu durch Verhängen der Betten, Schweigegebot und gelegentliche Anwendung der Verdunkelung ganz planmässig ausgebildet und mit reichlicher Milchdiät verbunden. Für die weitere psychische Einwirkung lassen sich allgemeine Vorschriften kaum entwerfen, da sie sich in jedem Falle der besonderen Eigentümlichkeit der Kranken anzupassen hat. Man kann den Kranken zart entgegenkommen, kühn und verwegen vorgehen („Überrumpelungsverfahren“), sich scheinbar gar nicht um sie kümmern („zweckbewusste Vernachlässigung“), — man kann auch mit Sollier die einzelnen schlafenden Hirnteile nach und nach erwecken oder mit Breuer und Freud die unbewussten geschlechtlichen Erinnerungen der Kindheit in bewusste umwandeln — immer aber wird man die ganze psychische Persönlichkeit zu berücksichtigen haben, mit der man es zu tun hat, wenn man die Krankheitserscheinungen bekämpfen will. Ohne jeden Zweifel beruhen die Erfolge, welche hier durch die verschiedensten Methoden, durch elektrische und diätetische Kuren, durch Hydro-, Metallo-, Klimatotherapie, von Naturärzten, Homöopathen und Magnetiseuren erzielt werden, wesentlich oder vollständig auf dem Glauben der Kranken.

Diese Erfahrung muss die Richtschnur des gesamten ärztlichen Handelns bei Hysterischen bilden. Es ist daher für den Arzt vor allem notwendig, sich das unerschütterliche Vertrauen und damit die unerlässliche Macht über die Kranken zu verschaffen, ein Ziel, das nicht durch barsches und rechthaberisches Entgegentreten, sondern nur durch ruhiges, ernstes, aber stets wohlwollendes und nicht kleinliches Festhalten an dem einmal aufgestellten Behandlungsplane erreicht wird. Das feste Vertrauen der Kranken, dass ihnen geholfen werden wird, ist das mächtigste Behandlungsmittel in der Hand des Arztes und lässt ihn oft genug durch die unbedeutendsten, ja scheinbar unsinnigsten Eingriffe die weittragendsten Erfolge erringen. Seiner Menschenkenntnis und seiner persönlichen Gewandtheit ist somit hier ein Spielraum überlassen wie bei keiner anderen Form psychischer Erkrankungen. Dass unter diesen Umständen auch mit Hilfe der hypnotischen Suggestion gute Erfolge erzielt werden können, liegt auf der Hand, doch müssen wir leider oft die Beobachtung machen, dass die im Augenblicke ungemein wirksame Suggestion bei diesen

Kranken mit ihrer geringen inneren Festigkeit schon nach recht kurzer Zeit durch andere Einflüsse wieder in den Hintergrund gedrängt wird. In anderen Fällen entwickelt sich durch das hypnotische Verfahren eine höchst unerwünschte Abhängigkeit des Kranken vom Arzte, die eine wirksame Erziehung des eigenen Willens zum Kampfe gegen die krankhaften Störungen unmöglich macht. Endlich aber erweisen sich gerade die schwersten Formen der Hysterie dem Suggestivverfahren nicht selten nur in beschränktem Masse zugänglich. Je grösser die Beeinflussbarkeit, desto leichter bilden sich störende Eigensuggestionen, und desto rascher wird die Wirkung der ärztlichen Eingebung durch andere, widerstrebende Vorstellungen wieder vernichtet. Dagegen kann ich, entgegen den Äusserungen von Bruns, aus sehr vielfacher Erfahrung mitteilen, dass die Hysterie der Kinder für die hypnotische Behandlung vielleicht das allergünstigste Feld bietet. Ich habe eine ganze Reihe von Kindern mit umschriebenen hysterischen Krankheitserscheinungen, die zum Teil von hervorragenden Fachgenossen monatelang nach allen möglichen Verfahren ohne Erfolg behandelt worden waren, durch wenige hypnotische Sitzungen dauernd von ihren Störungen befreien können.

B. Die Schreckneurose.

Das im Folgenden unter dem Namen der Schreckneurose beschriebene Krankheitsbild ist besonders von Westphal und seinen Schülern sowie von Charcot genauer studiert und als „traumatische Neurose"*) oder „traumatische Hysterie" bezeichnet worden. Es handelt sich dabei um ein aus mannigfaltigen

*) Oppenheim, Die traumatischen Neurosen, 2. Auflage. 1892; Schultze, Sammlung klinischer Vorträge. N. F. 14 (Innere Medicin No. 6); Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, I, 5 u. 6, 445; Strümpell, Münchner Medicinische Wochenschrift, 1895, 49 u. 50; Sänger, Die Beurteilung der Nervenerkrankungen nach Unfall. 1896; Fürstner, Monatsschrift für Unfallheilkunde, 1896, 10; Schuster, Die Untersuchung und Begutachtung bei traumatischen Erkrankungen des Nervensystems. 1899; Sachs und Freund, Die Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchung und Begutachtung. 1899; Bruns, Die traumatischen Neurosen. Unfallsneurosen, Nothnagels Handbuch, XII, 1. 4. 1901.

nervösen und psychischen Erscheinungen zusammengesetztes Krankheitsbild, welches sich infolge von heftigen Gemütserschütterungen, plötzlichem Schreck, grosser Angst ausbildet und daher nach schweren Unglücksfällen und Verletzungen, besonders nach Feuersbrünsten, Explosionen, Eisenbahnunfällen, Erdbeben, Blitzschlägen, elektrischen Entladungen u. dgl. beobachtet wird. Auch manche der nach Selbstmordversuchen gelegentlich auftretenden Störungen sind, wie Möbius wahrscheinlich gemacht hat, hierher zu rechnen.

Bei den bis dahin wenigstens anscheinend ganz gesunden Menschen entwickelt sich im Anschlusse an den vielfach vorübergehende Bewusstlosigkeit erzeugenden Unfall ganz allmählich, in Wochen oder selbst Monaten, ein Zustand, der sich psychisch durch traurige Verstimmung mit ängstlichen Befürchtungen der verschiedensten Art, Herabsetzung der körperlichen und gemütlichen Widerstandsfähigkeit wie durch Unfähigkeit zu jeder ernsteren Anstrengung kennzeichnet. Die Kranken erscheinen still, gedrückt, fassen langsam auf, nehmen wenig Anteil an den Vorgängen in ihrer Umgebung, sind vielmehr dauernd durch quälende Vorstellungen in Anspruch genommen. Ihr Gedankengang ist infolgedessen meist ungemein einförmig und schwerfällig, dreht sich wesentlich um den Unfall, der bisweilen mit grossem Wortreichtum geschildert wird. In einzelnen Fällen bestehen ausgeprägte Zwangsvorstellungen, Platzangst, Grübelsucht; meist aber treten hypochondrische Beschwerden in den Vordergrund. Die Kranken werden den Eindruck des erlittenen Unfalles nicht mehr los und fühlen sich durch denselben in ihrem Gesundheitszustande auf das schwerste geschädigt. Sie sind nicht mehr wie früher, müde und matt, „schwermütig im Geiste“, können nicht mehr arbeiten und beobachten mit peinlicher Aufmerksamkeit alle Vorgänge an ihrem Körper, welche ihnen mit ihrem Leiden in Zusammenhang zu stehen scheinen.

In gemütlicher Beziehung sind sie auffallend erregbar, geraten ungemein leicht in Verlegenheit und Verwirrung, können sich oft nicht zusammenhängend aussprechen und fühlen sich dauernd durch das Gefühl innerer Beklemmung und Beängstigung in ihrem Denken und Handeln gehemmt. Die Angst kann sich anfallsweise zu heftigeren Ausbrüchen steigern, welche die Kran-

ken sogar bisweilen zum Selbstmorde führen. Das Gedächtnis ist trotz der Klagen über Abnahme desselben meist gut, wenn sich auch eine gewisse Zerstreutheit und Vergesslichkeit, auf dem mangelnden Interesse und der Aufmerksamkeitsstörung beruhend, häufig nachweisen lässt. Namentlich in der Erregung können die Kranken bisweilen nicht die einfachsten Angaben machen, während sich später herausstellt, dass es sich nur um eine gewisse Unbesinnlichkeit infolge der gemütlichen Beunruhigung gehandelt hat. Die Arbeitsfähigkeit der Kranken wird durch ihre hypochondrische Willenlosigkeit wie durch die zahlreichen nervösen Beschwerden stets auf das empfindlichste beeinträchtigt oder ganz aufgehoben. Regelmässig besteht ungemeine Ermüdbarkeit; die Kranken erlahmen nach ganz kurzer Zeit, werden ungeschickt, stocken, begehen Fehler bei einfachen Aufgaben, zeigen infolge vermehrter Anstrengung Wallungen zum Kopf, Herzklopfen, Schweissausbrüche. Wir konnten in einer Reihe von Fällen durch planmässige Untersuchung der geistigen Leistungsfähigkeit die bedeutende Herabsetzung der Arbeitsleistung wie die hochgradige Ermüdbarkeit zahlenmässig feststellen. Eine weitere Ausbildung gewinnen die psychischen Störungen in der Regel nicht; nur hie und da wird das Auftreten von Dämmerzuständen, akuten hallucinatorischen Aufregungen oder noch seltener von ausgebildetem Schwachsinn beobachtet. Jene ersteren Krankheitszeichen dürften indessen der eigentlichen Hysterie angehören, während es sich im letzteren Falle wohl immer um wirkliche Kopfverletzungen handelt.

Der Schlaf der Kranken ist regelmässig durch ängstliche Träume hochgradig gestört, der Appetit gering; das Körpergewicht sinkt vielfach beträchtlich. Im Kopfe bestehen allerlei krankhafte Empfindungen, Druck, Eingenommenheit, Schwindelgefühl, unangenehme Bewegungsempfindungen, im Rücken und Kreuz das Gefühl von Spannung und Steifigkeit, in den vom Unfall betroffenen Teilen mannigfache Parästhesien und Schmerzen. Ausserdem wird über asthenopische Beschwerden, Ohrenklingen und -sausen, Herzklopfen, Abnahme der Potenz, Erschwerung der Harnentleerung und Stuhlverstopfung, bisweilen auch über hartnäckiges Erbrechen geklagt. Objektiv lassen sich in einzelnen Fällen Empfindungsstörungen in sehr wechselnder Aus-

breitung nachweisen, Analgesie neben hyperästhetischen Stellen, Einschränkung des Gesichtsfeldes, Schwerhörigkeit. Auf motorischem Gebiete werden Steigerung der Sehnenreflexe, Lähmungserscheinungen der verschiedensten Art, Langsamkeit und Unsicherheit der Bewegungen, Geh- und Sprachstörungen, Muskelspannungen, leichtes oder stärkeres Zittern beobachtet. Ferner treten öfters fibrilläre Muskelzuckungen auf, besonders nach Anstrengungen, bei Einwirkung von Kälte oder nach dem Aufhören stärkerer faradischer Reize. Nach lebhaften Muskelbewegungen, gemütlicher Erregung oder bei Druck auf schmerzhafte Stellen zeigen sich vielfach der Puls, seltener auch die Atmung beschleunigt; hie und da kommen Ohnmachten und selbst ausgebildete epileptiforme Anfälle vor. Alle diese Erscheinungen weichen in ihrem regellosen Auftreten durchaus von den Störungen bei organischen Hirn- oder Rückenmarkserkrankungen ab und verraten durch ihren Sitz, ihre Ausbreitung, ihr wechselndes Verhalten und den verschlimmernden Einfluss gemütlicher Erregung ihre psychische Entstehungsweise. In 30% der Fälle wurde alimentäre Glykosurie beobachtet. Friedmann hat ferner noch auf die geringere Widerstandsfähigkeit der Kranken gegen Anstrengungen, Alkoholgenuss, Gemütsbewegungen, Galvanisation des Kopfes und Karotidencompression aufmerksam gemacht. Nur ganz vereinzelt und nur bei wirklichen Kopfverletzungen werden auch Störungen beobachtet, welche mit Sicherheit auf eine organische Grundlage hinweisen, so reflektorische Pupillenstarre und Sehnervenatrophie.

Die leichteren Fälle von Schreckneurose, die unmittelbar in die natürliche Ergriffenheit nach aufregenden Erlebnissen übergehen, können sich rasch wieder ausgleichen. Es gibt indessen auch Fälle genug mit überaus schleppendem Verlaufe und ungünstiger Prognose. Freilich kann nach monate- und selbst jahrelanger Dauer des Leidens noch Heilung oder doch sehr wesentliche Besserung eintreten; immerhin aber kommt es nicht selten zu einem langsam fortschreitenden Siechtum, welches öfters mit Entwicklung von Herzhypertrophie und Arteriosklerose einherzugehen scheint. Solche Kranke bieten dann das Bild vorzeitigen Greisenalters.

Die Deutung dieses Krankheitsbildes hat den Anlass zu ausgedehnten und noch heute keineswegs abgeschlossenen Erörte-

rungen gegeben. Während Westphal und seine Schüler dasselbe anfangs unter Betonung gelegentlicher objektiver Befunde auf schleichende organische Veränderungen im Centralnervensysteme zurückführten, hat Charcot alle diese Fälle der Hysterie zugeteilt. Mit Recht ist indessen geltend gemacht worden, dass der Begriff der hysterischen Neurose durch diese Erweiterung noch verschwommener und unklarer wird, als er es leider heute schon ist. Späterhin hat Charcot die Schreckneurose den hypnotischen Zuständen verglichen, indem er meint, dass während der heftigen Bewusstseinserschütterung durch den Schreck das ganze Krankheitsbild auf dem Wege einer später fest einwurzelnden Eigensuggestion entstehe. Andererseits hat Oppenheim die Annahme einer organischen Grundlage, abgesehen von gewissen Ausnahmefällen, aufgegeben. Die wesentlich psychische Entstehungsweise des Leidens darf jetzt als allgemein anerkannt gelten.

Für diese Ansicht spricht vor allem die Tatsache, dass die Neurose oft genug auch dann zustande kommt, wenn gar keine wirkliche Verletzung stattgefunden hat, wenn z. B. der drohende Unfall noch im Augenblicke höchster Gefahr glücklich abgewendet werden konnte. In anderen Fällen sind die Verletzungen sehr geringfügige, oder sie betreffen gar nicht den Kopf, sondern irgend ein unwichtiges Glied des Körpers. Meist haben dann die Beschwerden gerade in den betroffenen Teilen ihren Sitz, so dass man auch wohl von einer „lokalen“ traumatischen Neurose gesprochen hat. So zeigte ein junger Mann, der bei einem Brande zum Fenster hinausgesprungen war, noch nach Jahren Lähmung und Unempfindlichkeit an der ganzen Seite, auf die er damals gefallen war. Natürlich ist auch in solchen Fällen von einem umschriebenen Sitze des Leidens keine Rede. Die eigentliche Grundlage desselben bleibt immer die allgemeine psychische Veränderung, welche durch die Gemütserschütterung herbeigeführt wird. An welchen Punkt des Körpers die krankhaft erregte Einbildungskraft dann die Störungen verlegt, ist für das Wesen des Krankheitsbildes ebenso nebensächlich wie etwa der besondere Inhalt der hypochondrischen Vorstellungen eines Paralytikers.

Es ist indessen in neuerer Zeit immer zweifelhafter geworden, ob die Gemütsbewegung beim Unfalle selbst wirklich immer

als die wesentlichste Ursache der Krankheit angesehen werden muss. Sehr häufig vergehen zwischen dem Unfalle und dem Auftauchen der kennzeichnenden Krankheitserscheinungen mehrere Wochen und selbst Monate, in denen der Verletzte sich verhältnismässig gesund fühlt. Sodann aber zeigt sich, dass die Neurose unter dem Einflusse des Unfallversicherungsgesetzes nicht nur rasch an Häufigkeit zunimmt, sondern auch ungünstiger verläuft. Ohne Zweifel kommen die geschilderten Störungen auch ohne jeden Zusammenhang mit dem Versicherungsgesetze vor, aber sie scheinen dann in der Regel rascher und leichter überwunden zu werden. Diese Erfahrungen, die von vielen Beobachtern bestätigt werden, deuten daraufhin, dass in unserer Gesetzgebung selbst schädigende Einflüsse liegen, welche die rasche Ausgleichung der gemütlichen Erschütterung nach Unfällen hindern. In der Tat dürfte eine solche Schädigung eingreifendster Art in dem Kampfe um die Rente zu suchen sein, zumal er von Kranken geführt werden muss, deren Widerstandsfähigkeit zweifellos herabgesetzt ist. Zu der Aufregung über den Unfall, den Schmerzen, der Sorge für die Zukunft gesellt sich der Wunsch, eine möglichst hohe Rente zu erlangen, die Verführung, zu übertreiben, recht lange untätig zu bleiben, die Einflüsse der nächsten Umgebung, das Misstrauen seitens der Berufsgenossenschaften und Ärzte, die endlosen Begutachtungen, die Ungewissheit über den endlichen Ausgang, vielfach auch drückende Not in der Zeit bis zur Entscheidung. Diese Umstände sind es wohl in erster Linie, die den Kranken nicht zur Ruhe kommen lassen, ihn an einer kräftigen Willensanstrengung zur Überwindung seiner Beschwerden hindern, ihn oft dauernd in eine gereizte, verbitterte Stimmung versetzen und dadurch den schleppenden und ungünstigen Verlauf des Leidens wesentlich mit verursachen.

Gerade die psychische Entstehung der Schreckneurose hat dazu geführt, dieselbe ohne weiteres der Hysterie zuzurechnen. Es ist aber vielleicht doch nützlich, darauf hinzuweisen, dass gewisse klinische Erwägungen immerhin für eine gewisse Sonderstellung der Schreckneurose sprechen. Zunächst entsteht die Frage, ob wir es überhaupt mit einer einheitlichen Krankheit zu tun haben. Vielfach ist darauf hingewiesen worden, dass nach Unfällen sehr verschiedenartige Störungen entstehen können, und

dass man daher hysterische, neurasthenische, hypochondrische, melancholische Zustände u. dgl. auseinanderhalten müsse. Das ist gewiss richtig. Wenn ich auch nicht so weit gehen möchte wie die Esten, die jede beliebige geistige Störung auf einen Schreck zurückzuführen pflegen, so kann doch eine heftige Gemütserschütterung ohne Zweifel einmal eine Melancholie, ein anderes Mal eine hysterische Störung, endlich die verschiedensten Zufälle des Entartungsirreseins auslösen.

Daraus geht hervor, dass die Wirkung des Schreckes sehr wesentlich durch die Eigenart der persönlichen Veranlagung bestimmt wird, bei der auch der Alkoholmissbrauch eine gewisse vorbereitende Rolle spielen dürfte. So sehen wir bei grossen Unglücksfällen ja auch nicht alle Beteiligten, sondern nur vereinzelte Personen an einer Schreckneurose erkranken. Sänger fand, dass von 15 bei einem Eisenbahnunglück schwer verletzten Soldaten nur ein einziger neurasthenische Erscheinungen darbot, während bei einer anderen Entgleisung von 13 Verletzten 6 deutliche psychische Nachwirkungen zeigten. Einstein gibt als Zahl der Unfallskranken bei über 5000 Betriebsunfällen 7 auf 1000 an. Die gleiche Mannigfaltigkeit, die wir in den Erscheinungsformen der krankhaften Veranlagung beobachten, wird uns daher auch in den Krankheitsbildern entgegentreten, welche hier anscheinend durch die gleiche äussere Ursache hervorgerufen werden.

Eine ganz scharfe Umgrenzung des Krankheitsbildes der Schreckneurose ist aus diesem Grunde sehr schwierig, vielleicht sogar unmöglich. Gegenüber der eigentlichen Hysterie möchte ich besonders auf die Einförmigkeit der Krankheitszeichen im einzelnen Falle hinweisen. Unseren Kranken fehlt durchaus der sprunghafte Wechsel der Erscheinungen, die Launenhaftigkeit, der ausgeprägte Stimmungswechsel, die Unternehmungslust der Hysterischen; vielmehr wird das Krankheitsbild dauernd durch eine ausgeprägt trübe Stimmung und das Gefühl der Unfähigkeit beherrscht. Allerdings begegnet uns gerade bei der männlichen Hysterie vielfach eine ähnliche Einförmigkeit. Weiterhin sind die Unfallskranken nicht im entferntesten so beeinflussbar wie Hysterische, auch nicht vorübergehend; sie erinnern in dieser Beziehung an gewisse Formen der Hysterie mit einzelnen, sehr fest sitzenden Eigensuggestionen. Zudem begegnen uns die kenn-

zeichnenden Dämmerzustände und Anfälle höchstens in Ausnahmefällen und in sehr geringer Ausbildung. Wenn man also will, kann man hier von einer besonderen Form der Hysterie sprechen, die nach Ursache und klinischem Verhalten durch das zwingende Auftreten einer ganz bestimmten Eigensuggestion gekennzeichnet ist.

Mit den verschiedenen Formen des Entartungsirreseins finden sich zahlreiche Berührungspunkte; die Abgrenzung hat namentlich die plötzliche Entstehung der Störung im Anschlusse an den Unfall und den immerhin günstigeren Verlauf zu berücksichtigen. Vielfach ist bei der Würdigung dieser Krankheitszustände die Vermutung aufgetaucht, dass doch unter Umständen durch Erschütterungen feinere Veränderungen in der Hirnrinde zustande kommen könnten. In solchen Fällen würde natürlich von einer psychischen Entstehungsweise und von einer Zugehörigkeit zur Hysterie nicht mehr die Rede sein. Die Versuche an Tieren scheinen in der Tat darauf hinzudeuten, dass mechanische Erschütterungen des Kopfes auch ohne gröbere Verletzungen bestimmte Veränderungen an den Nervenzellen herbeiführen können; von manchen Forschern wird im Hinblicke auf die vasomotorischen Störungen bei unseren Kranken namentlich auch an feinere Gefässveränderungen gedacht. Die Neigung zu arteriosklerotischen Erkrankungen haben wir wohl, wie beim manisch-depressiven Irresein, auf die langdauernden, gleichmässigen gemütlichen Erregungen zurückzuführen. Wir sind heute noch nicht imstande, die hier auftauchenden Fragen mit Sicherheit zu beantworten; immerhin werden wir in der überwiegenden Mehrzahl von Fällen wohl mit einer psychischen Entstehungsweise der Krankheitserscheinungen zu rechnen haben. Das Irresein nach wirklichen Kopfverletzungen wird sich durch die Zeichen einer schweren Hirnerschütterung, Verworrenheit, Desorientiertheit, durch das Auftreten von cerebralen Lähmungen, epileptischen Anfällen, aphasischen Störungen und namentlich durch den Nachweis einer mehr oder weniger stark hervortretenden psychischen Schwäche von den Krankheitsbildern mit rein psychischer Entstehungsweise unterscheiden lassen. Dabei ist es aber sehr wohl möglich, dass sich im einzelnen Falle einmal beide Gruppen von Störungen miteinander mischen.

Nicht selten gibt die bequeme Diagnose der „traumatischen Neurose“ den Anlass zum Übersehen wichtiger Krankheitszeichen. Namentlich beginnende Paralysen werden bisweilen unter jenem Sammelbegriff untergebracht. So behandelte ich einen Kranken, dessen Beschwerden monatelang mit einem Falle auf das Gesäss in ursächliche Verbindung gebracht wurden, bis ich vor dem Schiedsgerichte nachweisen konnte, dass hier nicht die traumatische „Neurose“ allmählich in „Psychose“ übergegangen sei, wie angenommen worden war, sondern dass es sich einfach um die Entwicklung einer progressiven Paralyse handelte, welche mit dem auch an sich geringfügigen Unfalle in gar keiner Beziehung stand.

Die grössten Meinungsverschiedenheiten sind über die Häufigkeit und den Nachweis der Verstellung entstanden, eine Frage, die im Hinblicke auf die Unfallsgesetzgebung sehr grosse praktische Bedeutung besitzt. Leider haben sich, wie das in der Natur der Sache liegt, alle bisher angeführten „objektiven“ Zeichen des Leidens, die Gesichtsfeldeinschränkung, die Pulsbeschleunigung, die Erweiterung der Pupille und Blutdrucksteigerung bei Berührung überempfindlicher Stellen, die traumatische Muskelreaktion, die Herabsetzung der galvanischen Erregbarkeit, die Steigerung der Reflexe, als praktisch wenig brauchbar erwiesen, um einen zuverlässigen Beweis für das Bestehen des psychischen Leidens zu erbringen. Wie ich glaube, ist indessen die Gefahr einer Täuschung wirklich sachverständiger Ärzte vielfach bedeutend überschätzt worden. Alle erfahrenen Beobachter kommen mehr und mehr dahin überein, dass zwar die Übertreibung einzelner Krankheitszeichen recht häufig, wirkliche Vortäuschung des ganzen Krankheitsbildes dagegen ungemein selten ist. Wir stehen der Neigung zur Übertreibung und zur Erfindung seltsamer Krankheitserscheinungen ja häufig genug auch bei der einfachen Hysterie gegenüber. Hier wie dort sind alle Einzelvorschriften für die „Entlarvung“ von Simulanten nahezu wertlos; das Massgebende ist überall die Übereinstimmung des klinischen Gesamtbildes mit einer der bekannten Erscheinungsformen der krankhaften Veranlagung. Leider ist allerdings das Verständnis weiter ärztlicher Kreise für psychische Krankheitsbilder noch ein sehr geringes.

Will man jedoch ein besonderes Prüfungsverfahren ersinnen,

das uns über das Bestehen oder Fehlen gewisser von dem Kranken vorgebrachten Beschwerden wirklich zuverlässigen Aufschluss gibt, so wird das immer nur der psychologische Versuch sein, da ja das ganze Krankheitsbild ein psychisches ist; die neurologische Untersuchung kann hier nicht zum Ziele führen. Ich bin daher schon seit Jahren bemüht gewesen, bei solchen Kranken einfache Messungen, namentlich der geistigen Leistungsfähigkeit und der Ermüdbarkeit, durchzuführen. Herabsetzung jener ersteren, Steigerung dieser letzteren sind ja Grundzüge der meisten hierher gehörigen Krankheitsbilder. Von allen Hilfsmitteln, die für die Ausführung derartiger Messungen zur Verfügung stehen, hat sich keines so gut bewährt wie die fortlaufende schriftliche Ausführung einfacher Rechnungen, die sich den Aufgaben des täglichen Lebens ohne weiteres anpasst. Gibt man dabei in kurzen Zeiträumen, etwa alle Minuten, ein Klingelzeichen, so liefert die Zählung der in jedem Abschnitte geleisteten Arbeit, deren Richtigkeit man noch nebenher prüfen kann, ein sehr einfaches Mass für die Grösse der geleisteten Arbeit. Solche Versuche sind auf meine Anregung schon vor vielen Jahren zuerst von Gross, dann von Röder, neuerdings wieder von Specht angestellt worden. Da wir sehr ausgedehnte Erfahrungen über die Rechengeschwindigkeit bei Gesunden und ihre Veränderungen unter verschiedenen Bedingungen besitzen, bot die Feststellung dessen, was als krankhaft zu bezeichnen war, keine Schwierigkeiten. Allerdings lag es nahe, auch hier die Fehlerquelle der absichtlichen Verstellung in Betracht zu ziehen. Wer jemals Versuche ausgeführt hat, bemerkt sehr bald, dass es recht schwer ist, sich ein Urteil über die eigene Rechengeschwindigkeit zu verschiedenen Zeiten zu bilden, also auch bestimmte Veränderungen derselben willkürlich zu erzeugen. Dazu kommt aber, dass auch bei krankhafter Herabsetzung der Leistungsfähigkeit, wie man zunächst an unzweifelhaften Fällen feststellen kann, gewisse Gesetzmässigkeiten den Übungszuwachs und den Übungsverlust regeln, deren widerspruchslose Berücksichtigung bei willkürlicher Verstellung schlechterdings unmöglich ist. Wir haben Versuche mit der Aufgabe absichtlicher Vortäuschung herabgesetzter Leistungsfähigkeit und erhöhter Ermüdbarkeit unter anderen auch von Personen durchführen lassen, die mit allen Einzelheiten der hier herrschenden Gesetzmässig-

keiten auf das genaueste vertraut waren. Das Ergebnis waren Abweichungen, die um das Doppelte bis zum Fünffachen die wirklich krankhaften Veränderungen überstiegen, also ohne weiteres als Fälschungen erkennbar waren.

Eine Vervollkommnung hat das Verfahren noch durch die Einführung von Pausenversuchen gewonnen. Wenn man an aufeinander folgenden Tagen je 10 Minuten lang einmal fortlaufend, das andere Mal mit einer Pause von 5 Minuten einstellige Zahlen addieren lässt, so gibt uns der Vergleich der beiden Tage Aufschluss über die Wirkung der Arbeitspause, die ganz vorwiegend in einem teilweisen Ausgleiche von Ermüdungswirkungen besteht. Je günstiger die Pausenwirkung, desto grösser war der Grad der vorher erreichten Ermüdung. Wir besitzen somit in dem Unterschiede der Durchschnittswerte aus je einer Reihe derartiger Versuche ein bequemes Mittel, die Grösse der Ermüdbarkeit ungefähr zu messen. Sodann aber gestattet uns diese Anordnung des Versuches, mit noch grösserer Sicherheit, als sonst, jede absichtliche Verstellung aufzudecken, da sie sich unfehlbar in groben Missverhältnissen der verschiedenen Vergleichswerte kundgibt. Niemand ist imstande, bei derartigen Versuchen absichtlich gefälschte Zahlen zu liefern, die in allen Einzelheiten ein in sich widerspruchsloses Bild geben.

Die bisherigen Ergebnisse solcher, ohne grosse Mühe ausführbarer Messungen haben gezeigt, dass bei der Schreckneurose in der Tat eine erhebliche Herabsetzung der geistigen Leistungsfähigkeit und eine krankhafte Steigerung der Ermüdbarkeit vorhanden zu sein pflegt, während die Übungsfähigkeit nicht sehr beeinträchtigt zu sein scheint. Der Grad der Störung lässt sich aus dem Vergleiche mit den Normalzahlen leicht erkennen. Es unterliegt keinem Zweifel, dass sich solche Untersuchungen, wie das zum Teil auch schon geschehen ist, auf zahlreiche andere Gebiete des Seelenlebens übertragen lassen, auf das Auffassungsvermögen, die Merkfähigkeit, die Ablenkbarkeit, namentlich aber auch auf die psychomotorische Leistungsfähigkeit und Ermüdbarkeit. Überall sind hier durch geeignete Anordnung der Versuche Ergebnisse zu gewinnen, die jede Beimischung absichtlicher Fälschung sofort erkennen lassen, selbst dann, wenn die Kranken ganz gut wissen, worauf es dem Untersucher ankommt.

Die Behandlung der Schreckneurose hätte vor allem den Kampf um die Rente möglichst einzuschränken und abzukürzen. Man hat nicht selten gesehen, dass mit der Gewährung der Entschädigung das Leiden sich rasch besserte, eine Erfahrung, die natürlich nicht für die Annahme von Verstellung ins Feld geführt werden darf. Jolly hat empfohlen, den Verletzten in möglichst weitem Umfange eine schleunige Kapitalabfindung zukommen zu lassen, damit sie namentlich über die erste schwere Zeit ohne drückende Sorge hinwegkommen, späterhin aber dem Kampfe entrückt sind und kein Interesse mehr an der Aufrechterhaltung ihrer Hilfsbedürftigkeit haben. Das wichtigste Heilmittel in allen diesen Fällen ist ohne Zweifel die Beschäftigung, welcher der Kranke durch den Kampf um die Rente geradezu entzogen wird. Man hat daher gesehen, dass dort, wo die Notwendigkeit der Weiterarbeit gebieterisch an den Kranken herantritt, die Folgen des Unfalls verhältnismässig rasch überwunden werden. Vielleicht sind neben den angeführten gesetzgeberischen Massregeln die Nervenheilanstalten der Zukunft mit ihrer Erziehung zur Arbeit ganz besonders berufen, die Willensschwäche und Mutlosigkeit unserer Kranken zu bekämpfen. Dass man im übrigen mit allen möglichen kräftigenden oder beruhigenden Mitteln Heilerfolge erzielen kann, liegt auf der Hand. Es können daher Bäder wie Massage, Gymnastik, elektrische Behandlung, hypnotische Suggestion, Bromsalze, Eisen, Ernährungs- und Luftkuren im einzelnen Falle von Nutzen sein.

C. Die Erwartungsneurose.

Unter der neuen Bezeichnung der Erwartungsneurose möchte ich an dieser Stelle eine Gruppe von nervösen Störungen einfügen, die sich auf der gemeinsamen Grundlage einer ängstlichen Erwartung entwickeln. Schon aus der gesunden Erfahrung ist es bekannt, dass die Erwartung irgend eines Ereignisses eine allmählich wachsende innere Spannung erzeugt, die sich einmal in gewissen Trugwahrnehmungen, andererseits aber in allerlei Bewegungsantrieben äussert. Ist das bevorstehende Ereignis ein unangenehmes, so können die Vorempfindungen äusserst peini-

gende und selbst schmerzhafte werden. Zugleich wird die Sicherheit des Handelns auf das empfindlichste beeinträchtigt.

Ein ganz ähnliches, nur krankhaft vergrössertes und verzerrtes Bild bietet die Erwartungsneurose. Die krankhafte Entwicklung vollzieht sich hier dadurch, dass die peinlichen Störungen nicht bei einem einmaligen, besonderen Anlasse auftreten, sondern dass sie sich an Vorgänge heften, die sich alltäglich immer wieder vollziehen. Dadurch entsteht eine sich fortwährend steigernde und so allmählich zu ganz ausserordentlichen Graden anwachsende Erwartungsangst, welche die gesamte Lebensführung in der nachhaltigsten Weise beherrschen kann.

Die Anlässe, bei denen die Erwartungsangst hervortritt, sind in der Regel Vorgänge, die beim Gesunden ohne besonderes Eingreifen bewusster Seelentätigkeit vonstatten gehen, vielmehr wesentlich mechanisch ablaufen, das Gehen, Stehen, Schlucken, das Einschlafen, das Lesen, Schreiben, Sprechen. Zunächst scheint sich die ängstliche Erwartung regelmässig im Anschlusse an wirkliche, wenn auch unbedeutende und vorübergehende Störungen zu entwickeln, an Blendungs- und Ermüdungserscheinungen in den Augen, leichte Überanstrengung, Schwächegefühle nach übermässigen Märschen, Schmerzen bei Muskelzerreissungen, Schwierigkeiten irgendwelcher Art bei besonderen Anlässen. Bei einer Dame schlossen sich die ersten Augenbeschwerden an die Entwicklung der Presbyopie an; bei einer anderen trat die Unfähigkeit, zu gehen, nach einer Mastkur mit längerer Bettruhe hervor. Die Erschwerung des Einschlafens bleibt nach einer Zeit gemütlicher Erregung zurück, Stottern nach einem Erlebnis mit arger Verlegenheit. Gar nicht selten bildet den Ausgangspunkt ein körperliches Leiden. Schluckschwierigkeiten überdauern eine Angina, Schwäche im Arm einen leichten Rheumatismus, Schmerzen in der Hüfte einen Fall, krampfhafte Unfähigkeit zum Schreiben eine Muskelzerrung auf dem Fechtboden. Wenn irgendwo, passt also hier die Bezeichnung von Möbius, dass die Störung in der Erinnerung an Krankheiten besteht.

Die Störungen selbst bestehen nicht in eigentlichen Angstgefühlen, sondern, entsprechend den Erfahrungen bei der Erwartung des Gesunden, in peinlichen, sich zu äusserstem Unbehagen und selbst heftigen Schmerzen steigernden Empfindungen,

ferner in Behinderung des Handelns durch lähmungsartige Schwäche oder krampfhafte Nebenbewegungen. Ersteres tritt namentlich bei Auffassungsleistungen ein, letzteres vorzugsweise bei Willensanstrengungen, doch verbinden sich beide Reihen von Störungen vielfach miteinander. Im Anfange zeigen sie sich in der Regel bei mehr umgrenzten Anlässen, beim Essen bestimmter Speisen, beim Steigen, beim Lesen in grellem Sonnenlicht, beim Einschlafen an fremdem Orte. Ich beobachtete einen Knaben, der eine Behinderung des Gehens nur morgens nach dem Aufstehen darbot, und Löwenfeld berichtet über einen Fall, in dem sie nur beim Herausgehen auf die Strasse eintrat, im Hause aber ausblieb. Nach und nach aber kann sich das Leiden derart ausbreiten, dass es schliesslich den Ablauf gewisser psychischer Vorgänge gänzlich unmöglich macht. Ich kannte eine Dame, die zunächst nicht schlafen konnte, wenn sie am nächsten Tage irgend etwas Besonderes vorhatte, in Gesellschaft gehen, einen Ausflug machen wollte. Allmählich genügte schon die geringste Kleinigkeit, um sie in eine Spannung zu versetzen, die ihr den Schlaf völlig raubte.

Das klinische Bild des Krankheitszustandes ist ein sehr mannigfaltiges. Beim Lesen verschwinden die Buchstaben vor den Augen; es treten Flimmern, Hitzegefühl, Spannungsempfindungen, Lichtscheu, Schmerzen auf, die sich rasch über die Stirn, bald auch über den ganzen Kopf ausbreiten und zum Aufhören zwingen. Ähnliche Störungen können auf dem Gebiete des Gehörssinnes auftreten, wachsende Überempfindlichkeit, Druck im Ohr, subjektive Geräusche, ausstrahlende Schmerzen. Beim Schreiben stellt sich nach wenigen Buchstaben eine krampfhafte Steifigkeit der Finger mit der Neigung zu ausfahrenden, unzweckmässigen Bewegungen oder völliges Versagen der Handmuskeln ein, Erscheinungen, die nicht, wie der gewöhnliche Schreibkrampf, durch wirkliche Ermüdung hervorgerufen oder durch Änderung der Federhaltung beseitigt werden. Der Ablauf der Schluckbewegung kann durch Hustenstösse oder häufiger durch krampfhaftes Würgen und Pressen unmöglich gemacht werden; ich sah eine Dame, die viele Jahre nur von spärlicher flüssiger Nahrung lebte, weil jeder feste Bissen die verzweifeltsten Schlundkrämpfe auslöste. Das Gehen wird durch lähmungsartige Schwäche

in den Beinen, in anderen Fällen durch rasch sich steigernde Schmerzen oder auch durch Spannungen, Stolpern, Unsicherheit gehindert, das Einschlafen durch allmählich wachsende Unruhe, zuckende und ziehende Empfindungen in den Gliedern, Herzklopfen, Schweissausbruch. Der Kranke müht sich stundenlang ab, Ruhe zu finden, wird aber immer erregter, steht auf, geht herum, beruhigt sich etwas durch Lesen oder irgend ein Hausmittel, um dann endlich noch einige Stunden einzuschlummern oder von neuem in der brennenden Erwartung des Schlafes qualvolle Stunden zu verbringen. Auch manche Formen des Stotterns dürften hierher zu rechnen sein. Ebenso scheint der Geschlechtsakt einen günstigen Boden für die Entwicklung der Erwartungsneurose abzugeben. Ich bin wenigstens geneigt, gewisse Fälle von psychischer Impotenz, die durch gelegentliche Misserfolge ausgelöst und gewöhnlich als „sexuelle Neurasthenie“ aufgefasst werden, der hier geschilderten Störung zuzurechnen, der sie in Entstehung und Verlauf ungemein ähneln.

Gerade die mehr nervöse Färbung der psychogenen Störungen bedingt fast immer eine Verkennung ihres wahren Ursprunges. Die Kranken führen ihre Beschwerden auf ernste Erkrankungen der Sinnesorgane, der Muskeln, des Gehirns, der Nerven, des Rückenmarks zurück, werden dadurch immer ängstlicher, fangen an, sich zu schonen, und verlieren mehr und mehr alles Selbstvertrauen. Die Vorgänge, an die sich die Erwartung der Störung knüpft, beschäftigen die Aufmerksamkeit in ausgedehntestem Masse. Dadurch aber wird ihr Ablauf, wie die tägliche Erfahrung des Gesunden lehrt, immer nachhaltiger gestört. So entwickelt sich ein Kreislauf zwischen quälender Erwartung und seelischer Behinderung, der beiden stetig neue Nahrung zuführt und dem Kranken die Selbstbefreiung fast unmöglich macht. Auf diese Weise kann es zu den allerschwersten Beeinträchtigungen der gesamten Lebensführung kommen. Die wachsende Empfindlichkeit der Augen führt allmählich zu einer planmässigen Abschliessung von allem Lichte. Die Kranken wagen sich nur noch bei trübem Wetter oder in der Dämmerung, schliesslich überhaupt nicht mehr ins Freie. Fechner, auf dessen ungemein lehrreiche Selbstschilderung Möbius hingewiesen hat, brachte lange Zeit im Dunkelzimmer zu, ging nur noch mit verbundenen Augen an die Luft und beschäftigte sich

mit kleinen Handarbeiten. Eine Dame meiner Beobachtung gab das Malen auf, an dem sie viele Freude gehabt hatte, trug grüne Schirme und dunkle Gläser, setzte sich mit dem Rücken gegen die Lampe und getraute sich nicht mehr, zu lesen. Die Behinderung des Gehens und Stehens durch rasch auftretende und sich ausbreitende Schmerzen führt zu dem von Möbius eingehend geschilderten Krankheitsbilde der Akinesia algera*), das, wie ich glaube, nur die höchste Ausbildung der Erwartungsneurose darstellt. Die Kranken schränken ihre Bewegungen immer mehr und mehr ein, bleiben schliesslich jahrelang regungslos im Bette liegen, da jeder Versuch irgend einer aktiven und selbst passiven Bewegung sofort stürmische und anhaltende Schmerzen bei den in vollkommener Ruhe beschwerdefreien Kranken hervorruft. Die Bewegungen des Kopfes und das Sprechen bleiben in der Regel dauernd frei.

Entsprechend der ursprünglichen Anknüpfung des ganzen Leidens an ganz bestimmte unangenehme Erfahrungen, betrifft die Erwartungsneurose gewöhnlich nicht nur von vornherein ein einzelnes Gebiet von Vorgängen, sondern sie bleibt auch dauernd auf dasselbe beschränkt und zeigt trotz ihres immer wachsenden Einflusses auf das Seelenleben geringe Neigung, auf andere Gebiete überzugreifen. Nur in sehr schweren Fällen mit langer Entwicklung trifft man neben derjenigen Störung, die das Krankheitsbild beherrscht, noch diese oder jene andere. Die Kranken bleiben andauernd klar, besonnen, geordnet, zeigen auch keine auffallenderen Stimmungsschwankungen, ertragen ihr schweres Leiden, das sie selbst für ein rein körperliches halten, meist mit merkwürdiger Fassung. Hysterische Zeichen, Stigmata, Krämpfe, Dämmerzustände, gehören nicht zum Krankheitsbilde.

Der Verlauf des Leidens ist im allgemeinen ein langsam fortschreitender. Kleine Schwankungen sind häufig. In der Regel bewirken die Versuche, die von den Kranken aus eigenem Antriebe oder auf fremdes Drängen zur Überwindung der Behinderungen unternommen werden, eine nachhaltige Verschlimmerung, mögen sie auch noch so vorsichtig ausgeführt werden. Bei einem Kranken Erbs, der 14 Jahre nur in horizontaler Lage zubringen

*) Möbius, Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde, I, 121; II, 436.

konnte, gelang das allmähliche Aufrichten durch tägliches Unterschieben einer neuen Pappschicht unter den Oberkörper immer nur bis zu einem bestimmten Punkte; dann traten die Schmerzen mit erneuter Heftigkeit auf. Der Kranke merkt bei dem Versuche, des Leidens Herr zu werden, dass er „des guten zu viel getan“, sich überanstrengt hat, und wird dann nur noch vorsichtiger. Alle Kurversuche, bei denen im Laufe der Zeit das ganze Rüstzeug der Medizin aufgeboten zu werden pflegt, haben nur eine ganz vorübergehende, meist aber gar keine oder eine verschlechternde Wirkung, bis sich der Kranke schliesslich völlig entmutigt in sein Leiden fügt und es als Dulder erträgt.

Ein so ungünstiger Ausgang tritt indessen nur in Ausnahmefällen ein. Eine grosse Zahl derartiger Erkrankungen heilt gewiss von selbst, indem die Kranken durch irgend eine glückliche Erfahrung allmählich wieder Selbstvertrauen gewinnen, durch einen verständnisvollen Arzt, unter Umständen auch einen Kurpfuscher, kurz, durch einen Einfluss, der ihre Erwartungsangst mildert und die verloren gegangene Fähigkeit durch planmässige Übung und Gewöhnung wieder unter ihre Herrschaft bringt. Auch die Selbsterziehung kann, wie Fechners Beispiel lehrt, hier zum Ziele führen. Da er eines Tages die Beobachtung machte, dass seine Augen die Helligkeit eine zeitlang ganz gut ertrugen, sobald sie nicht „mit Furcht und Ängstlichkeit“, sondern „mit einer gewissen Desperation, mit Energie und Spannung“ dem Lichte entgegenblickten, so fand er selbst den Weg, der ihn aus seiner verzweifelten Lage erlöste.

Die leichtesten Formen der Erwartungsneurose sind ohne Zweifel sehr häufige Störungen, wenn sie auch regelmässig unter ganz andere Krankheitsbilder untergeordnet werden. Ihre Wurzel im gesunden Leben ist die ängstliche Scheu vor der Wiederholung eines missglückten Versuches, der Verlust des Selbstvertrauens bei der Wahrnehmung der eigenen Schwäche. In der Rekonvaleszenz nach körperlichen Krankheiten sieht man oft genug das Gefühl der Unsicherheit und ein gewisses Schonungsbedürfnis fortbestehen, wenn sich die greifbaren Störungen selbst schon völlig verloren haben. Bei gesund veranlagten Persönlichkeiten werden diese Anwandlungen durch rücksichtslose Vernachlässigung überwunden. Bei unseren Kranken dagegen wachsen die psychischen

Hindernisse anscheinend stärker an, als die Erleichterung durch Übung und Gewöhnung. Da es sich hier aber regelmässig um Vorgänge handelt, die mit Notwendigkeit tagtäglich wiederkehren, so erhält das Unbehagen immer neue Nahrung und wächst schliesslich soweit an, dass es vollkommen die Herrschaft über den Willen gewinnt. Gerade der Kampf gegen dasselbe bringt dem Kranken immer neue Niederlagen und verstärkt auf diese Weise das Leiden.

Die allgemeinen Ursachen der Erwartungsneurose liegen daher unzweifelhaft in einer eigenartigen Verarbeitung der Lebensreize auf Grund psychopathischer Veranlagung. In der Tat handelt es sich meist um Personen, die aus belasteten Familien stammen. Mir ist aufgefallen, dass sie gewöhnlich ein etwas ängstliches, unsicheres Wesen zeigten und anscheinend gemütlich leicht erregbar waren.

Wenn es demnach auch nicht schwer fällt, ein allgemeines psychologisches Verständnis für die hier sich abspielenden Vorgänge zu gewinnen, so kann es doch zweifelhaft sein, welche klinische Stellung wir der Erwartungsneurose einzuräumen haben. Man pflegt bei den leichteren Formen des Leidens meist von „Nervosität" oder gar von Neurasthenie zu sprechen. Janet beschreibt zahlreiche hierher gehörige Störungen als Ausdrucksformen der „Psychasthenie". Ich möchte indessen betonen, dass die Kranken durchaus keine anderweitigen nervösen Störungen darzubieten brauchen, und dass die Anknüpfung der Beschwerden an bestimmte Vorgänge und Erfahrungen wie ihre einförmige Weiterentwicklung diesen Fällen doch eine gewisse Sonderstellung gegenüber den sonstigen Erscheinungsformen der nervösen Veranlagung geben dürfte. Von einer nervösen Erschöpfung kann vollends gar nicht die Rede sein. Auch dann, wenn das Leiden seinen Ausgang etwa von einer körperlichen Erkrankung nimmt, wird es keineswegs durch einfache Erholung und Kräftigung beseitigt, sondern immer nur durch Verscheuchung der Erwartungsangst und Stärkung des Selbstvertrauens.

Ganz ähnliche Gesichtspunkte gelten für die Abgrenzung von der Hysterie. Gemeinsam ist den Störungen in beiden Fällen die psychogene Entstehungsweise. Allein bei der Hysterie besteht die allgemeine Neigung zu unbewusster Beeinflussung der körperlichen Vorgänge durch gemütliche Erregungen; hier dagegen

liegt die Wurzel des Leidens einzig in einer gewissen Kleinmütigkeit und Unsicherheit, die den Kranken gegenüber drohendem körperlichem Ungemach die Widerstandsfähigkeit raubt. Daher sehen wir dort die Störungen vielfach wechseln, von einem Gebiete zum anderen überspringen, während sich hier ein ganz einförmiges, folgerichtig fortschreitendes Krankheitsbild entwickelt. Zudem fehlen hier, wie schon angedeutet, durchaus die bekannten hysterischen Begleiterscheinungen. Besonders häufig scheint die Erwartungsneurose bei Kindern zu sein. Diejenigen Fälle von kindlicher „Hysterie", bei denen es sich um die Behinderung einzelner Vorgänge durch Schmerzen, Schwächegefühle, Spannungen, Unsicherheit, krampfartige Störungen handelt, dürften zumeist dem hier umgrenzten Gebiete angehören; dafür spricht auch deren Zugänglichkeit für suggestive Behandlung und das Ausbleiben von Rückfällen, endlich das Fehlen anderweitiger hysterischer Krankheitszeichen, die „monosymptomatische" Umgrenzung.

Offenbar steht die Erwartungsneurose in einer näheren Verwandtschaft zu den sogenannten „Phobien"; es gibt wohl geradezu gewisse Übergangsformen zwischen beiden Krankheitsbildern. Dennoch liegen jenen letzteren in der Regel Befürchtungen mehr allgemeiner Art zugrunde. Hier aber sind es bestimmte persönliche Erfahrungen, die den Ausgangspunkt des Leidens bilden. Bei den Phobien bewegen sich daher die Befürchtungen auch oft genug in mehreren, bisweilen wechselnden Richtungen, während die Erwartungsneurose ausgeprägt einseitig ist und immer einen hypochondrischen, die Vorgänge des eigenen Körpers betreffenden Inhalt hat. Weiterhin sind es bei den Phobien wirkliche Angstzustände, die den Kranken behindern oder zu Schutzhandlungen treiben; hier dagegen wird sich der Kranke selbst des ängstlichen Ursprunges seiner Beschwerden gar nicht bewusst. Sie erscheinen als Schmerzen, Schwäche, Spannungen, Ataxie, kurz als rein nervöse Störungen. Ihr Wesen und ihre Entstehungsweise muss daher eine abweichende sein. Endlich sehen wir bei den Phobien regelmässig einen vielfach schwankenden, aber nicht allzu häufig einen so stetig fortschreitenden Verlauf wie bei den schwereren Formen der Erwartungsneurose. Dafür gelingt es uns auch nicht, dort jene raschen und endgültigen Heilungen zu erzielen, die wir hier so oft erreichen können.

Auch mit der Schreckneurose hat die hier besprochene Erkrankung gewisse Berührungspunkte. Indessen handelt es sich hier regelmässig nicht um eine einzelne heftige Gemütserschütterung, sondern um die sich allmählich verstärkende Wirkung kleiner unangenehmer Erfahrungen. Dem entsprechend pflegen sich die Störungen wesentlich langsamer zu entwickeln, als bei der Schreckneurose. Vor allem aber fehlen durchaus die dauernden Krankheitserscheinungen, die in dem Bilde der Schreckneurose so sehr in den Vordergrund treten, die Niedergeschlagenheit, die allgemeine Steigerung der körperlichen und geistigen Ermüdbarkeit, die Erregbarkeit des Herzens, die gemütliche Reizbarkeit. Vielmehr sind die Störungen mehr oder weniger scharf auf das einmal ergriffene Gebiet beschränkt. Sie sind daher auch in weit höherem Masse und weit rascher der psychischen Behandlung zugänglich, als die Schreckneurose.

Gerade dieser letztere Umstand ist, wie ich glaube, für das Verständnis wie für die Umgrenzung der Erwartungsneurose von erheblicher Bedeutung. Sehr viele Kranke werden ohne jede Behandlung gesund, indem sie von selbst unter dem Einflusse einer Kur, durch den Zuspruch einer Vertrauensperson ihr Selbstvertrauen und damit die Kraft wiedergewinnen, ihres Leidens Herr zu werden. Es gibt aber eine nicht unerhebliche Zahl von Fällen, bei denen die ersten Misserfolge in der Behandlung des Leidens die Hoffnung auf Wiederherstellung vollständig untergraben. Die Kranken beginnen wohl noch neue Kuren, gehen aber von vornherein mit der dunklen Befürchtung an sie heran, dass ihnen doch nicht mehr zu helfen sei. Diese Erwartung pflegt sich dann auch zu erfüllen. Ich habe indessen in einer Reihe derartiger, anscheinend verzweifelter, von allen möglichen Ärzten behandelter Fälle die Erfahrung gemacht, dass eine einfache hypnotische Behandlung überraschend schnell und sicher eine dauernde Genesung zustande brachte. Selbst wenn das Leiden schon sehr, sehr lange Jahre bestand, ist eine vollkommene Heilung durchaus möglich, deren Bestand ich hie und da jetzt schon mehr als ein Jahrzehnt habe standhalten sehen. Allerdings ist die Hypnose hier nicht immer leicht, sondern erfordert volle Beherrschung des Verfahrens, damit der Kranke das Vertrauen gewinnt, welches allein ihm aus seiner Not helfen kann. In irgend schwierigeren Fällen

sind zunächst längere Zeit hindurch nur allgemeine Beruhigungssuggestionen zu geben, um nicht durch einen Misserfolg bei vorzeitiger Heilsuggestion das Gelingen vollständig in Frage zu stellen. Mit diesem Verfahren bin ich fast immer zum Ziele gekommen, mitunter, namentlich bei Kindern, in einer oder wenigen Sitzungen, bisweilen aber auch erst nach einer längeren Geduldsprobe. In ganz vereinzelten Fällen kommt die Hypnose nicht zustande. Hier können unter Umständen noch planmässige Wachsuggestionen etwas erreichen, doch ist deren Einfluss aus nahe liegenden Gründen nicht im entferntesten so wirksam wie derjenige der Hypnose. Versagen auch sie, so kann der Zustand ein unheilbarer werden.

XIII. Die originären Krankheitszustände.

Wenn wir schon bei den psychogenen Neurosen die ursächliche Bedeutung äusserer Schädlichkeiten wesentlich zurückstehen sahen gegenüber derjenigen der krankhaften Veranlagung, so betreten wir nunmehr ein Gebiet, auf dem sich die Krankheitserscheinungen noch deutlicher als ein einfacher Ausfluss der angeborenen psychopathischen Eigenart darstellen. Überall haben wir es mit einer dauernd krankhaften Verarbeitung der Lebensreize zu tun, mit Unzweckmässigkeit des Denkens, Fühlens oder Wollens während des ganzen Lebens. Darin liegt das Kennzeichen der Entartung. Wir sind daher berechtigt, diese Krankheitszustände unter dem besonderen Namen des „Entartungsirreseins“ zusammenzufassen. Im weiteren Sinne gehören dazu allerdings auch manche der früher geschilderten Krankheitsformen, soweit bei ihnen eine krankhafte Veranlagung die Hauptrolle spielt, namentlich die Hysterie und das manisch-depressive Irresein, andererseits wiederum jene Grenzgebiete der Psychiatrie, die wir späterhin bei der Betrachtung der krankhaften Persönlichkeiten kennen lernen werden.

Als die allgemeinste Erscheinungsform der psychopathischen Entartung können wir jene kleinen Unvollkommenheiten der persönlichen Veranlagung betrachten, deren zahllose Schattierungen wir mit der gemeinsamen Bezeichnung der „Nervosität“ zu belegen pflegen. Sie bildet den Boden, auf dem sich die ausgeprägteren klinischen Gestaltungen des Entartungsirreseins zu entwickeln pflegen. Eine befriedigende Gruppierung dieser letzteren selbst ist ungemein schwierig, weil wir hier aus naheliegenden Gründen überall Mischungen und Übergängen begegnen. Dennoch werden wir genötigt sein, der Übersichtlichkeit halber gewisse Hauptformen auseinanderzuhalten. Soviel ich sehe, empfiehlt es sich bei dem heutigen Stande unseres Wissens am meisten, als eigen-

artige Entwicklungsformen der originären Krankheitszustände die konstitutionelle Verstimmung, die konstitutionelle Erregung, das Zwangsirresein, das impulsive Irresein und die geschlechtlichen Verirrungen auszusondern.

A. Die Nervosität.

Nervosität*) ist ein Sammelname für eine Reihe der verschiedenartigsten angeborenen Krankheitszustände, als deren gemeinsame Eigentümlichkeit wir vielleicht die Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit gegen die Schädigungen des Lebens ansehen dürfen. Damit verbindet sich in der Regel ein Mangel an Ebenmass in der Ausbildung der gesamten psychischen Persönlichkeit. Auf einzelnen Gebieten finden sich hervorragende Eigenschaften neben ganz auffallenden Unvollkommenheiten auf anderen. Dadurch entsteht der Eindruck des Unausgeglichenen, Widerspruchsvollen, Unberechenbaren in Denken, Fühlen und Handeln, der den nervösen Menschen ihren eigenartigen Stempel aufdrückt.

Die verstandesmässige Begabung kann eine gute, gelegentlich, bei den „Dégénérés supérieurs" sogar eine bedeutende sein, wenn sie auch oft genug kaum das Mittelmass erreicht. Verhältnismässig häufig scheint sprachliche, dichterische und überhaupt künstlerische Veranlagung zu sein, während die Befähigung zur Mathematik und zu naturwissenschaftlicher Beobachtung bei Nervösen weit seltener stark entwickelt sein dürfte. Oft sind einzelne, ganz umschriebene Fähigkeiten in besonderer Weise ausgebildet, Formensinn, Farben-, Zahlengedächtnis, oder die ganze Richtung der geistigen Entwicklung ist eine auffallend einseitige, grosser Scharfsinn ohne Menschenkenntnis, weites Wissen ohne praktischen Blick, glänzende formale Begabung bei Unklarheit

---

*) Saury, étude clinique sur la folie héréditaire (les dégénérés). 1886; Koch, die psychopathischen Minderwertigkeiten. 1893. Binswanger, Die Pathologie und Therapie der Neurasthenie. 1896; v. Krafft-Ebing, Nervosität und neurasthenische Zustände, 2. Auflage. 1900; Gilles de la Tourette, les états neurasthéniques. 1898; Janet, Les obsessions et la psychasthénie, 2 Bde., 1903.

und Verschwommenheit der Begriffe. Sehr häufig begegnet uns geistige Frühreife; pflegen doch gerade die sogenannten Wunderkinder das Ergebnis krankhafter Veranlagung zu sein und sich im Sinne derselben weiter zu entwickeln.

Eine sehr gewöhnliche Begleiterscheinung der Nervosität ist ferner die gesteigerte Ermüdbarkeit. Der psychologische Versuch hat uns gelehrt, dass hohe Übungsfähigkeit sich anscheinend regelmässig mit grosser Ermüdbarkeit verbindet, vielleicht deswegen, weil beide nur der gemeinsame Ausdruck einer erhöhten Beeinflussbarkeit unseres Nervengewebes sind. Wir verstehen es daher, wenn der spielenden Leichtigkeit, mit der wir bisweilen nervöse Menschen sich Kenntnisse und Fertigkeiten aneignen sehen, auch eine bedeutende Ermüdbarkeit entspricht. Damit hängt zum Teil wohl auch das rasche Erlahmen der Kranken, ihre geringe Ausdauer bei langwierigen Aufgaben zusammen, die auf den ersten Blick in auffallendem Gegensatze zu ihren Augenblicksleistungen zu stehen scheint. Die Ermüdungshemmung wächst bei ihnen unverhältnismässig rasch an, so dass sie sehr bald eines grossen Aufwandes von Willensspannung bedürfen, den sie um so weniger zu leisten vermögen, als ihre Willenskraft vielfach durch krankhafte Störungen empfindlich beeinträchtigt zu sein pflegt. Ebenfalls in einem gewissen Zusammenhang mit der erhöhten allgemeinen Beweglichkeit der Seelenvorgänge steht wohl die Herabsetzung der Übungsfestigkeit, die vielfach die Nervosität begleitet. Die Kranken lernen zwar nicht selten leicht, vergessen aber auch ungemein rasch wieder. Auch die erhöhte Ablenkbarkeit, der wir so häufig begegnen, ist vielleicht nur ein Ausdruck derselben allgemeinen Eigentümlichkeit des Seelenlebens, aus der die vorher genannten Eigenschaften ihren Ursprung nehmen. Die Kranken sind oft sehr empfindlich gegen äussere Störungen und Unterbrechungen, gewöhnen sich schwer an veränderte Arbeitsbedingungen, werden durch neue Anregungen leicht von ihren früheren Gedankenkreisen und Plänen abgezogen. Infolge aller dieser einzelnen Züge entwickelt sich eine gewisse Flüchtigkeit und Oberflächlichkeit der gesamten, vielleicht zunächst blendenden, aber rasch erlahmenden, die Richtung ändernden und nur locker haftenden Verstandestätigkeit.

Damit verbindet sich nicht selten eine besondere Beweglich-

keit der Einbildungskraft. Die Vorstellungen besitzen grosse sinnliche Lebendigkeit und knüpfen sich leicht aneinander. Infolgedessen entwickelt sich leicht eine ausserordentliche Neigung zu Träumereien, die noch durch die Ablenkbarkeit der Kranken begünstigt wird. Manche lieben es, sich unwirkliche Lebenslagen und Abenteuer mit der grössten Ausführlichkeit auszumalen, und gefallen sich in der Rolle von grossen Herren und kühnen Helden in einem Lebensalter, in dem diese kindliche Neigung sonst längst verschwunden ist. Ich erinnere mich des entarteten Sprösslings einer alten Familie, der sich mit 21 Jahren in den Besitz unermesslicher Reichtümer hineinträumte, grosse Schlosspläne zeichnete, genaue Budgets für die vornehmen Hofhaltungen aufstellte, die er sich in Gedanken an den verschiedensten schönen Punkten eingerichtet hatte. Auch die Ernennung zum Fürsten, die Beleihung mit hohen Orden und schliesslich die Krönung zum Könige fehlten in diesen Aufzeichnungen nicht.

Wie diese Gedankenspielereien vermuten lassen, findet sich häufig eine sehr bedeutende Selbstüberschätzung. Die Lehre vom Übermenschen hat nirgends so begeisterte Anhänger und so viele überzeugte Vertreter jener Zukunftsrasse erzeugt wie in den Reihen der Nervösen. Der Mangel an geistiger und sittlicher Selbstzucht erhält in dieser Beleuchtung das Gepräge der persönlichen Eigenart, die sich ausleben muss; die nüchterne und ausdauernde Arbeit tritt zurück hinter dem Geniessen und dem gelegentlichen Einfalle. Dennoch kommt es nicht etwa zu Wahnbildungen; auch die oben erwähnten Luftschlösser werden immer nur als solche betrachtet und sind nicht, wie ich früher annahm, die erste Entwicklungsstufe systematisierten Grössenwahns. Auf der anderen Seite stossen wir auch sehr oft auf mangelndes Selbstvertrauen und Unterschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit. Es fehlt den Kranken also insgemein das richtige Augenmass für die Beurteilung des Verhältnisses zwischen der eigenen Person und der Umgebung.

Auf eine sehr eigentümliche, bei Nervösen nicht seltene Störung hat nachdrücklich Janet hingewiesen, dem wir eine feinfühlige und in der Hauptsache sicherlich zutreffende Zergliederung dieser Zustände verdanken. Den Kranken geht nicht selten das Wirklichkeitsbewusstsein bis zu einem gewissen Grade verloren. Die alltäglichen, unmittelbaren Beziehungen zur Um-

gebung erscheinen ihnen merkwürdig fremd und verändert; sie überkommt der Gedanke, als ob das alles gar nicht Wirklichkeit sei, sie gar nichts angehe, als ob sie selbst nicht in der Welt lebten, längst gestorben seien. Einer meiner Kranken hatte dieses Gefühl des „Fremdseins" anfangs nur kürzere Zeit, späterhin fast dauernd; er meinte, wenn er seine Mutter sehe, so wisse er gar nicht, wer das eigentlich sei; auch wenn er selbst spreche, sei ihm unklar, wer das sage. Die Störung habe begonnen, als er sich selbst in einem Spiegel von hinten sah. Die Deutung dieser Erscheinung ist schwierig. Wir wollen hier nur darauf hinweisen, dass uns in epileptischen Zuständen und beim manisch-depressiven Irresein ähnliche Äusserungen gemacht werden; auch bei starker Ermüdung scheint derartiges vorzukommen. Vielleicht handelt es sich um ein Versagen jener Associationshilfen, die beim Gesunden sofort die Anknüpfung der äusseren Eindrücke an früher gewonnene Erinnerungsbilder vermitteln und ihnen dadurch die Eigenschaft der „Bekanntheit" verleihen. Jedenfalls kommt es dabei zu einer Art innerer Abschliessung von der Aussenwelt, zu einer Aufhebung der lebhaften natürlichen Wechselbeziehungen zwischen Eindrücken, Bewusstseinszuständen und Willenshandlungen.

Der Hang, sich mit den Erzeugnissen der eigenen Einbildungskraft zu beschäftigen, ist auch die Wurzel der so häufig bei Entarteten beobachteten Lügenhaftigkeit. Die flüchtigen Erinnerungsbilder verfälschen sich nur allzu leicht durch erfundene Zutaten, auch ohne dass der Kranke sich dessen klar bewusst wird. Andererseits gewinnen die verschiedenartigsten Gefühlsregungen einen weitgehenden Einfluss auf den Inhalt seiner Vorstellungen. Wunsch und Furcht lenken sein Denken; lebhafte Eindrücke wie auftauchende Vorstellungen beherrschen seine Anschauungen und Erinnerungen, die daher nicht nur vielfachem Wechsel unterworfen erscheinen, sondern auch von der Richtschnur der Wirklichkeit in sehr erheblichem Grade abweichen können. Auf gemütlichem Gebiete macht sich ebenfalls eine ungleichmässige Ausbildung der verschiedenen Gefühlsrichtungen geltend. Grosse Feinfühligkeit, Geschmack, überschwängliche Begeisterungsfähigkeit kann sich mit der Verkümmerung der grundlegendsten natürlichen Regungen verbinden. Neben übermässiger Empfindsamkeit besteht vielleicht eine unbegreifliche Gemüts-

roheit, neben zartem künstlerischem Verständnisse Mangel an Takt oder sittliche Stumpfheit. Auf dem Boden dieser gemütlichen Unausgeglichenheit gedeihen dann gern einzelne triebartige Regungen von unüberwindlicher Heftigkeit. Dahin gehört die schwärmerische Liebe zu Tieren, die abgöttische Verehrung bestimmter Personen, die „tolle", plötzlich auftauchende, alle Rücksichten über den Haufen werfende, den Willen vollständig unterjochende Liebe, dahin auch die zahlreichen „Indiosynkrasien", der sinnlose Abscheu oder die Furcht vor bestimmten Personen, Gegenständen, Erlebnissen, Krankheitserscheinungen, die allerdings zum Teil schon in das Gebiet der Phobien hineinreichen. Daneben bestehen vielfach gewisse auffallende Eigentümlichkeiten der Gemütslage, krankhafte Weichmütigkeit, Überschwänglichkeit, leichtherzige Hoffnungsfreudigkeit oder dauernde Gedrücktheit und Verzagtheit, die zu völliger Menschenscheu führen kann. Die stärkeren Ausprägungen dieser Störungen werden wir noch näher zu würdigen haben.

Sehr häufig ist ein rascher und unvermittelter Wechsel der Stimmung. Sprudelnde Lustigkeit weicht plötzlich unmännlicher Verzagtheit oder masslosen Wutausbrüchen. Dabei überrascht uns vielfach das Missverhältnis zwischen der augenblicklichen Stärke der Gefühlswallungen und ihrer geringen Nachhaltigkeit Die Kranken sind ungemein jähzornig, beruhigen sich aber ebenso rasch wieder; sie geraten bei diesem oder jenem Anlasse ganz ausser sich, um doch kurz nachher verblüffend leicht über die schwersten Verluste hinwegzukommen. Durch diese Eigentümlichkeiten gewinnt das Gemütsleben das Gepräge der Launenhaftigkeit und Wetterwendigkeit. Den Kranken fehlt der rechte Ernst und die Tiefe; sie scheinen oft mit ihren schillernden Gefühlen zu spielen. In anderen Fällen wieder setzt uns gerade die grosse Zähigkeit in Staunen, mit der einzelne unangenehme Erfahrungen den Stimmungshintergrund beeinflussen, so dass die Kranken ausserstande sind, deren Nachwirkungen zu überwinden. So erklärt sich das Einnisten von Angstzuständen, das Kleben an trüben Erinnerungen, die kleinliche Unversöhnlichkeit gegenüber längst verjährten Kränkungen.

Ganz regelmässig entwickelt sich bei den Kranken eine starke Gefühlsbetonung des eigenen Ich. Die starke Beeinflussung der

inneren Zustände durch wechselnde Bedingungen veranlassen den Kranken, seine Aufmerksamkeit in besonderem Masse seinem eigenen Seelenleben zuzuwenden und sich mit dem Wohl und Wehe desselben eingehend zu beschäftigen. Nicht selten kommt es auf diese Weise zu peinlicher Beachtung und hypochondrischer Deutung aller kleinen Veränderungen, die sich dann durch das Eingreifen der Überlegung und Befürchtung rasch vergrössern und gefahrdrohende Formen anzunehmen scheinen. Aber nicht nur die stete Sorge um den eigenen Zustand, sondern auch die Oberflächlichkeit der Gemütsbewegungen führen allmählich zu einer mehr oder weniger stark hervortretenden Selbstsucht. Der Gedanke an das eigene Ich nimmt einen immer wachsenden Teil der Gemütsregungen für sich in Anspruch und drängt alle anderen Rücksichten in den Hintergrund; andererseits kommen tiefer gehende und dauernde Gefühlsbeziehungen zur Umgebung oft gar nicht zur Entwicklung. Die Kranken bleiben kalt, unnahbar, schliessen sich an Niemanden an, quälen ihre nächsten Angehörigen rücksichtslos, ohne sich darüber Rechenschaft zu geben. Janet macht die treffende Bemerkung, dass gerade die Familientyrannen oft im Grunde haltlose und willensschwache Menschen sind. Mitunter kleidet sich die Selbstsucht auch in das Gewand der geflissentlichen Selbstaufopferung, wie es uns schon bei der Hysterie begegnet ist. Die Kranken erniedrigen sich selbst auf die verschiedenste Weise in dem mehr oder weniger klaren Bestreben, dadurch die Anerkennung, das Mitleid und die besondere Berücksichtigung seitens ihrer Umgebung herauszufordern.

Das Ergebnis aller dieser Störungen ist eine dauernde Unfreiheit des Handelns. Die Willensentschlüsse wurzeln nicht in langsam gereiften und feststehenden Grundsätzen, sondern in augenblicklichen Stimmungen und Antrieben, wie sie durch zufällige Eindrücke und innere Zustände jeweils erzeugt werden. Mannigfache innere Hemmungen, Befürchtungen, leidenschaftliche Erregungen hindern und durchkreuzen die folgerichtige Entwicklung und Auslösung der Willenshandlungen; flüchtige und unberechenbare Einflüsse vermögen plötzlich ihren Inhalt wie ihre Richtung zu ändern. Wie Janet mit Recht immer wieder betont, entwickelt sich auf diese Weise schliesslich regelmässig eine gewisse Abulie, eine Einschränkung der Willenstätigkeit überhaupt.

Die Kranken können, wie er es ausdrückt, in keinem Punkte bis an das Ende gehen. Sehr deutlich zeigt sich das, abgesehen von ihrer gesamten Lebensführung, die überall vor dem Abschlusse, vor der Entscheidung zurückschreckt, oft in den eigentümlich schwächlichen und unsinnigen Selbstmordversuchen, die wir wohl weniger als hysterische Schaustellungen, sondern als den Ausdruck der Unfähigkeit betrachten dürfen, die verzweifelten Stimmungen in entschlossene Tat umzusetzen. Einer meiner Kranken, ein Forstwart, suchte sich dadurch zu töten, dass er nachts wiederholt stark schwitzend unbekleidet in den Winterfrost hinauslief; ein anderer brachte sich zu demselben Zwecke einige kleine Ätzwunden mit Salpetersäure bei.

Gewöhnlich fühlen die Kranken selbst ihre Unfähigkeit zu andauernder, gleichmässiger Betätigung, an der sie durch Ermüdung, Ablenkung, Stimmungsänderungen immer wieder gehindert werden. Viele äussern daher geradezu den sehnlichen Wunsch, sich von einem fremden Willen leiten zu lassen, und manche Fälle von „Fascination", von willenloser Unterwerfung unter fremden Einfluss, mögen in diesem Bedürfnisse ihre tiefere Wurzel haben. Wenn die Kranken vielleicht auch im Anfange durch stärkere Anspannung des Willens ihrer inneren Schwierigkeiten Herr zu werden suchen, so erlahmen sie doch allmählich dabei. Der stete fruchtlose Kampf gegen diese Hindernisse ist es wohl, der das Gefühl ständiger Ermattung und Abgespanntheit in ihnen anwachsen lässt und sie zu immer vorsichtigerer Schonung veranlasst. Viele Kranke verzichten mehr und mehr auf jede ernsthafte Tätigkeit, lassen schlaff und willenlos alles gehen, wie es geht. Aber auch diejenigen, die eine erhebliche äusserliche Geschäftigkeit darbieten, erweisen sich doch als unfähig zu geistiger Sammlung, zu geregelter und fruchtbringender Arbeit. Es bleibt bei wechselnden Anläufen ohne Plan, ohne Ziel, ohne Vollendung. Dazwischen schieben sich plötzliche Triebhandlungen, unsinnige Reisen, überstürzte Verlobungen, Wechsel der Stellung oder des Berufes, Selbstmordversuche.

Es kann nicht fehlen, dass die Erschwerung und Zerfahrenheit des psychopathischen Handelns ihre Wirkungen auch auf die Umgebung erstreckt. Die steten Hemmungen, die Sprunghaftigkeit und Unberechenbarkeit der Entschlüsse durchbrechen

fortwährend die sachliche und selbstverständliche Abwicklung der Tagesgeschäfte; überall entstehen Schwierigkeiten und unerwartete Verwicklungen. Gerade darin zeigt sich eben die Entartung, die Unzweckmässigkeit der psychopathischen Veranlagung. Sie hindert den glatten Ablauf der Lebensarbeit durch gänzlich unnötige Reibungen und bewirkt eine Verzettelung geistiger wie gemütlicher Kräfte in kleinlichen Nebendingen, so dass für die wirklich grossen Kämpfe nichts mehr übrig bleibt. Klare und einfache Verhältnisse werden schwierig und verworren, sobald die nervöse Hand des Psychopathen in sie hineingreift.

Infolge der eigentümlichen Haltlosigkeit des Willens gewinnt das Triebleben bei unseren Kranken gewöhnlich eine starke Entwicklung. Unklare Gefühlsregungen überwältigen vielfach ohne weiteres die verstandesmässige Überlegung. Triebartige Neigungen und Abneigungen, Sammelwut, grundlose Befürchtungen erzwingen sich rücksichtslose Beachtung; Ahnungen, abergläubische Zusammenhänge, Deutungen werden oft genug auch dort eine Macht, wo ihre Unsinnigkeit vollkommen klar erkannt wird. Sehr leicht entwickeln sich bestimmte gewohnheitsmässige Willensrichtungen, deren wachsende Herrschaft späterhin kaum mehr durchbrochen werden kann. Die Kranken müssen ihre Verrichtungen immer in ganz derselben Weise, unter den gleichen äusseren Bedingungen erledigen, fühlen sich behindert, unter Umständen sogar völlig unfähig, sobald irgend eine kleine Änderung eintritt. Sie fallen daher auch sehr leicht der Verführung zum Missbrauche von Genussmitteln und Arzneien zum Opfer, werden Trinker, übermässige Raucher, Morphinisten, gewöhnen sich an unsinnig starken Thee oder Kaffee, nehmen dauernd Schlafmittel. Die hypochondrische Neigung zu Quacksalbereien wird dabei oft verhängnisvoll.

Eine ganz besondere Rolle spielt bei der nervösen Veranlagung regelmässig das Geschlechtsleben; es tritt weit stärker in den Vordergrund der Lebensvorgänge, als beim Gesunden. Gewöhnlich erwacht der Geschlechtstrieb auffallend früh und mit grosser Lebhaftigkeit. Er führt sehr häufig von selbst oder unter freundschaftlicher Anleitung zur Masturbation, die dann ungemein hartnäckig zu wurzeln pflegt und nicht selten selbst neben dem regelrechten Geschlechtsverkehr fortgesetzt wird.

In nicht ganz seltenen Fällen wird hier der Geschlechtstrieb zum Mittelpunkte des gesamten Seelenlebens. So entsteht das formenreiche Bild der „sexuellen Neurasthenie", die, wie allmählich immer klarer erkannt wird, nicht etwa die Folge von Ausschweifungen, sondern eine einfache Begleiterscheinung der angeborenen Nervosität darstellt. Das Anwachsen der geschlechtlichen Spannung kann, wie es scheint, unter Umständen von äusserst lebhaften Unlustgefühlen, innerer Erregung bis zur Arbeitsunfähigkeit begleitet sein, die erst mit der Entladung schwinden. Umgekehrt können sich an den Geschlechtsakt lebhafte Angstgefühle knüpfen, die sein Gelingen vereiteln und zur psychischen Impotenz führen. Die erhöhte geschlechtliche Erregbarkeit verleitet zu rücksichtsloser Masturbation mit der Folge dauernder Überreizung, vorzeitiger Ejaculation, Spermatorrhöe und den an sie sich anschliessenden Empfindungen und hypochondrischen Befürchtungen. Alle möglichen krankhaften Empfindungen und Vorstellungen können sich um diesen Mittelpunkt herumgruppieren und dadurch das Gewicht noch verstärken, das ihm ohnehin schon im Seelenleben zukommt.

Recht verhängnisvoll kann namentlich auch der Umstand werden, dass sich an das Erwachen der geschlechtlichen Regungen vielfach die Entwicklung jener Verschrobenheiten der geschlechtlichen Befriedigung knüpft, in deren Aufdeckung unser Zeitalter so fruchtbar gewesen ist. Die Erinnerung an bestimmte Anlässe, bei denen der Geschlechtstrieb sich zuerst deutlicher regte, verbindet sich so innig mit dem Geschlechtsbedürfnisse, dass eine Befriedigung desselben schliesslich nur noch unter ähnlichen Bedingungen möglich wird. Einer meiner Kranken, dem die Erzieherin in der Jugend gesagt hatte, sie werde ihm die Augen verbinden, wenn er immer so nach den kleinen Mädchen hinüberschaue, vermochte den Beischlaf später nur mit solchen Weibern auszuführen, denen die Augen verbunden waren. In ähnlicher Weise mögen vielfach die sadistischen, masochistischen, fetischistischen Verirrungen entstehen, zweifellos aber immer nur auf dem Boden der psychopathischen Veranlagung.

Die geringere Widerstandsfähigkeit des nervösen Hirns pflegt sich bei unseren Kranken nach den verschiedensten Richtungen hin kundzugeben. Öfters wird über Krämpfe in der Jugend be-

richtet, doch ist dabei schwer zu entscheiden, ob sie als ein Zeichen erhöhter Erregbarkeit oder als die Begleiter ursächlich wirkender Hirnkrankheiten anzusehen sind. Indessen ist es eine häufige Beobachtung, dass nervöse Menschen schon bei geringen Anlässen hohe Temperaturen aufweisen und unverhältnismässig leicht delirieren, auch bei erregenden Eindrücken häufiger in Ohnmacht fallen. Ferner beobachten wir nicht selten grössere Empfindlichkeit gegen Alkohol, auch wohl gegen Thee oder Kaffee, rasches Zusammenbrechen bei länger dauernden Anstrengungen, Unfähigkeit, Hunger und Durst lange Zeit zu ertragen, grosse Abhängigkeit von Witterung und Temperaturen. Sehr gewöhnlich besteht Neigung zu Kopfdruck, Migräne, Missempfindungen aller Art, gesteigerte Erregbarkeit des Herzens. Auch die Nahrungsaufnahme nimmt vielfach an der allgemeinen Störung teil. Heisshunger wechselt mit Appetitlosigkeit; gar nicht selten entwickelt sich das launenhafte Krankheitsbild der nervösen Dyspepsie, die Empfindung von Druck und Völle in der Magengegend, Würgen, Aufstossen, gelegentlich selbst Wiederkäuen, Verstopfung, psychisch ausgelöste Durchfälle. Der Schlaf ist ungemein häufig gestört. In einzelnen Fällen besteht ein ganz ausserordentliches Schlafbedürfnis, so dass die Kranken nach 8—9stündigem Schlafe noch kaum zu erwecken sind. Wir haben wohl anzunehmen, dass dabei in der Regel die Tiefe des Schlafes ungenügend ist. Durch die Messungen der Schlaftiefe ist es wahrscheinlich geworden, dass Steigerung der nervösen Erregung den Schlaf oberflächlicher macht und die Erreichung einer grösseren Tiefe verzögert. Ich habe auch immer den Eindruck gehabt, dass unter den nervösen Menschen die Abendarbeiter verhältnismässig häufiger sind, als die Morgenarbeiter; ihr Nervengewebe kommt nach der Arbeit langsamer zur Ruhe. Dem entsprechend leiden viele unserer Kranken an grosser Müdigkeit beim Erwachen, während ihnen das Einschlafen oft sehr schwer wird und der Schlaf selbst durch lebhafte und unruhige Träume gestört ist.

In der körperlichen Veranlagung kann sich die Entartung durch die ganze Reihe jener Abweichungen kundgeben, die man als Entartungszeichen zu betrachten pflegt. Wir finden Zurückbleiben der gesamten Körperentwicklung auf kindlicher Stufe,

auffallend jugendliches oder frühzeitig gealtertes Aussehen, örtliche und allgemeine Wachstumshemmungen des Gehirns und Schädels, schiefes Gesicht, abnorme Zahn- und Kieferstellung, Missbildungen aller Art an Ohren, Gaumen, Geschlechtsteilen, Händen. Seltener sind die Spuren überstandener Gehirnkrankheiten.

Da die Nervosität nach unserer Begriffsbestimmung ein angeborener krankhafter Zustand ist, kann von einem eigentlichen Verlaufe des Leidens nicht wohl die Rede sein. In der Regel zeigt sich die krankhafte Anlage schon beim Kinde in grosser Unruhe, Erregbarkeit, Empfindlichkeit gegen Schädigungen, leichteren nervösen Störungen, Krämpfen, hartnäckigem Bettnässen, nächtlichem Aufschrecken, Stottern. Späterhin treten deutlich besondere Schwierigkeiten der Erziehung zutage. Man beobachtet auf der einen Seite grosse Reizbarkeit, Jähzorn, Unbotmässigkeit, auf der anderen Zugänglichkeit für Verführungen und schlechte Einflüsse, Wankelmütigkeit, Ängstlichkeit, Unentschlossenheit, ferner grosse Ermüdbarkeit, Ablenkbarkeit, Zerfahrenheit, Unstetigkeit. Nicht selten macht sich ein Hang zum Lügen, zu kleinen Diebstählen, zum Schwänzen der Schule, selbst zu längerem planlosem Davonlaufen bemerkbar.

Wenn wir auch den erzieherischen Massregeln keinen allzu grossen Einfluss auf alle diese Störungen zuschreiben dürfen, so steht es doch fest, dass sich viele derselben unter günstigen Bedingungen erheblich mildern können. Auf der anderen Seite sehen wir freilich auch öfters, dass in den Entwicklungsjahren eine Steigerung der krankhaften Erscheinungen eintritt, die allen Behandlungsversuchen trotzt. Ich bin geneigt, diese Verschlimmerung zum Teil auf eine ungünstige Beeinflussung des Allgemeinzustandes durch die körperlichen und psychischen Umwälzungen der Entwicklungsjahre zurückführen. Zum Teil mag aber auch die Schuld an den allmählich sich steigernden Anforderungen des Lebens und an den Schädigungen liegen, die durch Verführungen aller Art wie durch besondere Schicksale verursacht werden. So werden die verhängnisvolle Begleiterscheinung der psychopathischen Veranlagung, die unausrottbare Masturbation, der Alkoholmissbrauch, die Chlorose, erschöpfende Krankheiten und das Fortpflanzungsgeschäft beim Weibe, unter Umständen auch lebhafte gemütliche Erregungen, in erster Linie als Schädlichkeiten zu

nennen sein, die den Keim der Nervosität zur weiteren Entwicklung bringen können.

Der so vorbereitete Boden bietet dann die günstigen Bedingungen für die Ausbildung aller jener mannigfaltigen Störungen dar, die wir in diesem Abschnitte weiterhin zu betrachten haben werden. Es ist mir jedoch nicht unwahrscheinlich, dass auch die besondere Richtung dieser krankhaften Fortentwicklung schon von vornherein vorgezeichnet ist und nicht erst durch mehr oder weniger zufällige äussere Anstösse bestimmt wird. Das Bild der Nervosität ist gewiss an sich schon kein einheitliches, sondern es umfasst, wie ich glaube, eine Reihe ganz verschiedenartiger Veranlagungen, deren jede als die Vorstufe gewisser stärker ausgeprägter Krankheitsformen anzusehen ist, wenn wir diese Verschiedenheiten heute auch noch nicht mit genügender Klarheit auseinanderhalten können.

Eine wichtige Stütze erhält diese Anschauung durch den Umstand, dass wir oft genug in den Familien der Kranken die Veranlagung zu einer bestimmten krankhaften Entwicklungsweise deutlich zu erkennen vermögen. Nur sehr selten wird man die Spuren der Nervosität bei anderen Familiengliedern gänzlich vermissen. Vielmehr handelt es sich hier um Leiden, die in sehr ausgesprochenem Masse der erblichen Übertragung unterliegen, wenn auch unter dem Einflusse besonderer Schädlichkeiten die Entartung gelegentlich wohl einmal ohne Vererbung auftreten kann. Wo wir aber die Zeichen der Nervosität in der Familie wiederfinden, begegnen uns ungemein häufig ähnliche, mitunter fast völlig wesensgleiche Züge. So war etwa die konstitutionelle Verstimmung, die Grübel- und Zweifelsucht bei einem früheren Gliede des Stammbaums in ganz derselben Weise entwickelt wie bei dem gegebenen Kranken. Weiterhin begegnet uns bei der Vererbung einerseits eine Abschwächung, andererseits aber auch eine Fortentwicklung der Störungen. Dabei scheint sich herauszustellen, dass namentlich die hysterischen Geistesstörungen und das manisch-depressive Irresein nicht selten die weitere Stufe der Erkrankung bilden. Wir werden noch Gelegenheit haben, auf diese tieferen Zusammenhänge hinzuweisen. Hier sei nur erwähnt, dass schon Koch bei der „angeborenen psychopathischen Minderwertigkeit“, die sich mit der hier abgegrenzten Nervosität

deckt, häufig eine gewisse Periodizität der Erscheinungen beobachtet hat.

Die Nervosität wird gewöhnlich mit der nervösen Erschöpfung unter der gemeinsamen Bezeichnung der Neurasthenie zusammengefasst. Da die psychopathische Veranlagung in der Regel mit einer leichteren Erschöpfbarkeit einhergeht, haben beide Zustände in der Tat gewisse ähnliche Züge aufzuweisen, den raschen Eintritt von Ermüdungserscheinungen, die erhöhte Reizbarkeit, die Herabsetzung der Arbeitsleistung. Man wird auch zugeben müssen, dass sie durch eine Reihe von Zwischenstufen ineinander übergehen, da sich bei Entarteten natürlich verhältnismässig leicht wirkliche Erschöpfungszustände entwickeln können. Dennoch aber dürfen wir die grundsätzliche Verschiedenheit der angeborenen Nervosität und der erworbenen Erschöpfung nicht ausser Augen lassen. Während die letztere keine anderen Züge trägt, als die einfache Ermüdung, nur in gesteigerter Ausbildung, treten uns bei der psychopathischen Veranlagung in mehr oder weniger deutlicher Ausprägung auch die ersten Ansätze jener Krankheitszustände entgegen, die wir als den Ausdruck der Entartung ansehen, die allgemeine Zweckwidrigkeit im Denken, Fühlen und Handeln. Je stärker diese Zeichen dem gegebenen Krankheitsbilde beigemischt sind, desto vorsichtiger werden wir die ursächliche Bedeutung einer etwa vorliegenden erschöpfenden Schädlichkeit abzuschätzen haben. Während die einfache nervöse Erschöpfung sich in der Ruhe sicher wieder ausgleicht, können die Erscheinungen der Nervosität, wo sie einmal geweckt sind, einen ganz selbständigen, unter Umständen fortschreitenden Verlauf nehmen, auch wenn die unmittelbaren Folgen der auslösenden Schädlichkeit längst geschwunden sind. Dazu kommt, dass sich die Nervosität von Jugend auf, auch ohne jede greifbare äussere Ursache, in wechselnden Formen geltend zu machen pflegt, während die nervöse Erschöpfung eines sonst gesunden Nervensystems niemals ohne sehr eingreifende Schädigungen zustande kommt.

Weit nähere Beziehungen bestehen zwischen Nervosität und hysterischer Veranlagung, ja man kann, wenn man will, diese letztere nur als eine eigenartige Unterform der ersteren betrachten. Eine allgemeine Neigung zum Auftreten psychogener Stö-

rungen beobachten wir regelmässig auch bei der Nervosität; wir sprechen aber erst dann von Hysterie, wenn die Krankheitserscheinungen über die gewöhnlichen Wirkungen lebhafter Vorstellungen und Gemütsbewegungen hinausgehen und auf Gebiete übergreifen, die sonst davon unberührt zu bleiben pflegen. Auch gegen das manisch-depressive Irresein, dessen Zugehörigkeit zu den Erscheinungsformen der Entartung wir kaum werden bezweifeln können, bestehen fliessende Grenzen. Die grundlosen Schwankungen der Stimmung bei Nervösen gehen, wenn sie infolge innerer Zustände eine gewisse Regelmässigkeit darbieten, ganz allmählich in die leichtesten Formen des manisch-depressiven Irreseins über. Noch deutlicher werden diese Verwandtschaftsbeziehungen, wie schon angedeutet, bei der konstitutionellen Verstimmung und Erregung, die wir, wie ich glaube, vielfach als einfache Vorstufen der ausgebildeteren Krankheitsformen aufzufassen haben.

Die Bekämpfung der Nervosität wird hauptsächlich in der Vorbeugung zu bestehen haben, gerade darum aber einstweilen wenig Aussicht auf Erfolg bieten. Heiraten belasteter Personen untereinander werden entschieden zu widerraten sein, während man bei der Mischung mit gesundem Blute immerhin auf eine allmähliche Überwindung der krankhaften Veranlagung bei der Nachkommenschaft hoffen darf. Von sonstigen Schädigungen, die wir zu bekämpfen imstande wären, wüsste ich nur den Alkoholmissbrauch zu nennen, dessen verhängnisvolle Einwirkung auf die Keimstoffe sich recht häufig auch in der Schaffung einer nervösen Veranlagung zeigt. Bei den Kindern selbst ist vor allem Nachdruck auf eine Erziehung zu legen, die den Körper kräftigt und das Gehirn schont. Die geistige Entwicklung soll eher zurückgehalten werden, namentlich dann, wenn sich eine ungesunde Frühreife ankündigt. Besonderes Gewicht ist auf die ausreichende Befriedigung des Schlafbedürfnisses zu legen. Das Erwachen der geschlechtlichen Regungen muss genau beachtet und durch vernünftige Belehrung in die richtigen Bahnen gelenkt werden. Sehr häufig wird sich für nervöse Kinder eine ländliche Erziehung in kleinerem Kreise empfehlen, um den Körper nach Möglichkeit zu entwickeln, die Sitzzeit in der Schule abzukürzen, eine zuverlässige Überwachung zu erreichen und den hier ganz besonders verderb-

lichen Einfluss schlechter Gesellschaft abzuschneiden. Bei stärker ausgeprägten Störungen wird geradezu eine Erziehung zur Arbeit*) unter ärztlicher Aufsicht in Frage kommen, wie sie namentlich von Grohmann mit viel Verständnis durchgeführt worden ist. Psychopathische Kinder vertragen wegen ihrer zweckwidrigen Anlagen die schablonenmässige Erziehung in der Regel schlecht und verlangen ein ganz besonderes Eingehen auf ihre persönliche Eigenart. Auch bei der Berufswahl muss auf die Unvollkommenheiten der Veranlagung Rücksicht genommen werden. Aufreibende und sehr verantwortungsvolle Tätigkeit pflegt die Störungen zu verschlimmern, während eine einfache, regelmässige, gleichförmige Arbeit im Gegenteil oft sehr günstig wirkt.

Ausserdem sind selbstverständlich bei Nervösen alle Ausschweifungen besonders bedenklich. Enthaltsamkeit von Alkohol ist durchaus notwendig, aber auch hinsichtlich anderer Genussmittel, namentlich aber beim Gebrauche von Morphium und von Schlafmitteln, ist in der Behandlung die allergrösste Vorsicht am Platze. Die mannigfachen Störungen selbst werden am besten durch eine verständige ärztliche Erziehung bekämpft, Regelung der gesamten Lebensweise, Sorge für richtigen Wechsel zwischen Arbeit und Erholung, für ausreichenden Schlaf und Ernährung, endlich durch aufklärenden Zuspruch. Ungünstig pflegen länger fortgesetzte Kuren zu wirken, namentlich solche in Anstalten. Man schreite dazu also nur bei ganz bestimmtem Anlass; sonst ist leicht leicht eine Zunahme der Beschwerden, insbesondere der hypochondrischen Befürchtungen, die Folge. Dagegen bietet die Notwendigkeit regelmässiger Pflichterfüllung den Kranken meist einen vortrefflichen Halt. Wo eine Erholung nötig ist, wird eine kleine Reise, ein Aufenthalt an der See oder im Gebirge gewöhnlich bessere Dienste tun, als eine umständliche Kur, deren Hauptwirkung auch immer nur in der gemütlichen Beruhigung zu suchen ist. Beachtung verdient, dass die Nervösen im allgemeinen ein Ausspannen verhältnismässig oft nötig haben, wenn auch nur auf kurze Zeit. Bei Niedergeschlagenheit und Verzagtheit

---

*) Monnier, Zeitschr. f. Hypnotismus, VII, 3. 1898; Thulié, le dressage des jeunes dégénérés ou orthophrénopédie. 1900; Vogt, Wiener Klin. Rundschau 1900, 2.

empfehlen sich Ablenkungen durch geselligen Verkehr, Zerstreuungen, künstlerische Bestrebungen, Liebhabereien. Dem vielfach bei den Kranken hervortretenden Bestreben, sich einzuspinnen und zurückzuziehen, ist von der Umgebung nach Kräften entgegenzuwirken.

B. Die konstitutionelle Verstimmung.

Die konstitutionelle Verstimmung ist gekennzeichnet durch eine andauernd trübe Gefühlsbetonung aller Lebenserfahrungen. Im Bereiche der Verstandestätigkeit pflegt meist keine auffallendere Störung zu bestehen. Einzelne Kranke sind sogar sehr begabt, während in anderen Fällen von Jugend auf die geistige Entwicklung etwas zurückgeblieben ist. Regelmässig aber scheint grosse Ermüdbarkeit vorhanden zu sein. Die Kranken sind vielleicht imstande, mit Scharfsinn und Geschick eine Arbeit anzugreifen, aber sie erlahmen rasch, müssen immer wieder aussetzen, werden von Abspannung, Kopfdruck, unangenehmen Empfindungen, innerer Erregung, Schlaflosigkeit befallen, sobald sie sich stärker anstrengen oder eine unbefriedigende Arbeit vor sich haben. Sie sind daher öfters gezwungen, mit vielfachen Unterbrechungen zu arbeiten, besondere Vorsichtsmassregeln einzuhalten, ihr Leben peinlich regelmässig einzuteilen, vermögen aber auf diese Weise bisweilen trotz aller inneren Hindernisse auch auf geistigem Gebiete Genügendes und selbst Bedeutendes zu leisten. Namentlich der Zwang der Verhältnisse kann die sonst unfehlbar auftretenden Hemmungen durchbrechen. Ich kannte einen geistig sehr hochstehenden Gelehrten, der schon nach wenigen Minuten Lesens oder gleichgültigen Gespräches von den peinlichsten Empfindungen im Kopfe befallen wurde, aber recht wohl imstande war, seine Vorlesung zu halten oder sonstige wirklich notwendige geistige Arbeit zu leisten.

Die Ablenkbarkeit der Kranken ist meist erhöht. Nicht nur genügen geringfügige äussere Störungen, um ihnen das Festhalten der Gedanken und die planmässige Arbeit sehr zu erschweren, sondern es drängen sich auch leicht allerlei fremde Vorstellungen dazwischen, die ihre Aufmerksamkeit abziehen, sie zerstreut, vergesslich, in ihrer Tätigkeit unsicher machen und sie bisweilen

zwingen, die gleiche Arbeit mehrfach zu wiederholen. Öfters besteht die Neigung zu unfruchtbaren, namentlich hypochondrischen Grübeleien. Die Kranken „denken sich überall gleich etwas“. Ihr Bewusstsein ist immer völlig klar, der Zusammenhang ihres Denkens in keiner Weise gestört; sie besitzen ein gutes Verständnis für das Wesen ihrer Krankheit, oft auch ein äusserst peinliches Gefühl der Behinderung durch die eigene Unzulänglichkeit.

Die Stimmung ist meist anhaltend gedrückt und mutlos. Die Kranken haben von Jugend auf eine besondere Empfänglichkeit für die Sorgen, Mühsale und Enttäuschungen des Lebens. Sie nehmen alles schwer und empfinden bei jedem Ereignisse die kleinen Unannehmlichkeiten weit stärker, als die erhebenden, befriedigenden Seiten des unbekümmerten, frohen Genusses, der rückhaltlosen Hingabe an die Gegenwart; jeder Augenblick der Freude wird ihnen durch die Erinnerung an trübe Stunden, durch Selbstvorwürfe und noch mehr durch grell ausgemalte Befürchtungen für die Zukunft vergällt. Manche Kranke können äusserlich ganz ruhig erscheinen und offenbaren ihre unglückliche Gemütsverfassung, ihre Selbstquälereien nur ihren nächsten Verwandten oder dem Arzte; sie sind bei äusserer Anregung vielleicht ganz heiter, hinreissend liebenswürdig und selbst übermütig, um sich dann, sich selbst überlassen, mit einer gewissen Befriedigung wieder in das Elend ihres Lebens hineinzugrübeln. Jede Aufgabe steht vor ihnen wie ein Berg; das Leben, die Tätigkeit ist eine Last, die sie mit pflichtmässiger Selbstverleugnung gewohnheitsmässig tragen, ohne durch die Lust am Dasein, die Freude am Schaffen entschädigt zu werden. Die Kranken haben kein Vertrauen zu ihrer eigenen Kraft; sie verzweifeln bei jeder Aufgabe und werden ungemein leicht ängstlich und verzagt, fühlen sich unnütz auf der Welt, zu allem untauglich, nervös, krank, fürchten den Ausbruch eines schweren Leidens, insbesondere einer Geistesstörung, einer Hirnerkrankung. Sie sind misstrauisch, betrachten sich als Stiefkinder der Natur, werden von ihrer Umgebung nicht verstanden und beschäftigen sich vielfach gern mit Todesgedanken, sogar schon in den Kinderjahren.

Manche Kranke werden dauernd von einem gewissen „Schuldgefühle“ gepeinigt, als hätten sie irgend etwas nicht recht gemacht, als hätten sie sich etwas vorzuwerfen. Bisweilen sind es

wirkliche, aber lange zurückliegende oder ganz unbedeutende Vorkommnisse, an die sich diese quälende Unsicherheit anknüpft. Einer meiner Kranken konnte mit dem Gedanken an eine vor Jahren begangene sexuelle Verfehlung durchaus nicht fertig werden; ein anderer vermochte die Erinnerung daran nicht zu überwinden, dass ihm einmal seine Hauswirtin gesagt habe, er werde nie sein Examen bestehen. Obgleich ihm letzteres ohne besondere Schwierigkeit geglückt war, verfolgte ihn dauernd der Gedanke, dass er ein Waschlappen gewesen sei, sich so etwas sagen zu lassen; ihm sehe jeder an, dass er kein rechter Kerl sei, solche Dinge auf sich sitzen lasse. Immer wieder trieb es ihn, Schritte zu tun, um auf irgend eine Weise sich noch nach vielen Jahren Genugtuung zu verschaffen und seine vermeintlich geschädigte Ehre wieder herzustellen.

Namentlich das Gebiet der geschlechtlichen Vorgänge bietet vielfach der Verstimmung immer neue Nahrung. Die sexuellen Regungen erwachen meist sehr früh und führen zu Ausschweifungen, am häufigsten aber zur Onanie, deren Folgen den Kranken in den schwärzesten Farben vor Augen stehen. Ein Kranker, der durch die innere Erregung trotz aller Gelübde und Schwüre immer wieder zur „Notonanie“ gedrängt wurde, meinte von seinem Zustande dumpfer Hoffnungslosigkeit:

„Keine menschlichen Worte können die seelischen Leiden beschreiben, die mir dieses abscheuliche Laster verursacht hat, und nachdem ich sie durchgemacht, hat das Wort Hölle mit allen seinen Schrecken jede Bedeutung für mich verloren, wenn es etwas anderes bedeutet, als die Folgen der Onanie. Als lebendige Leiche herumzuwandeln, dabei das Bewusstsein, den Stempel dieses Lasters quasi auf der Stirn zu tragen und die kritischen Blicke oder gar die cynischen Anspielungen der guten Freunde zu hören, bis man so menschenscheu wird, dass man es vermeidet, tagsüber auszugehen, und sich lieber in sein Mausloch verkriecht, bis die Nacht anfängt! Bei weitem das schlimmste ist der Abscheu und Ekel vor sich selber, das Gefühl der Hoffnungslosigkeit, das mit jedem Falle tiefer wird, schliesslich die kretinöse Resignation, der Verlust des Selbstvertrauens; man hat keinen Mut mehr mit dem Feinde im Lager.“

Auch andere Kranke empfinden die geschlechtliche Erregung, die sich ihnen in wollüstigen Bildern aufdrängt, äusserst peinlich, umsomehr, wenn sie durch psychische Impotenz, durch ihre Scheu oder durch sittliche Bedenken an der Befriedigung verhindert werden. Hier ist ein günstiger Boden für die Entwicklung von allerlei absonderlichen Auswegen zur Hilfe aus dieser Not.

Mehrfach sah ich solche Familienväter zur Einschränkung des Geschlechtsverkehrs oder zu empfängnisverhindernden Massregeln greifen, weil sie sich zu schaden fürchteten oder vor der Verantwortung zurückscheuten, noch mehr nervöse Kinder in die Welt zu setzen.

Meist wird das Gefühlsleben von einer weichlichen Empfindsamkeit beherrscht, oft mit ausgeprägten künstlerischen und schöngeistigen Neigungen und Fähigkeiten. Einer meiner Kranken konnte es nicht ertragen, etwas über den Blutkreislauf zu lesen; er ging ins Schlachthaus, um zu sehen, was er tue, wenn er Fleisch esse, wandte sich daraufhin einer vorzugsweise pflanzlichen Ernährungsweise zu. Die gesamte Lebensführung der Kranken wird durch ihr Leiden erheblich beeinflusst. Auf der einen Seite tritt ihre Ängstlichkeit hervor. Die Kranken schrecken vor jeder Verantwortung zurück, fürchten die entferntesten Möglichkeiten, wägen peinlich alle Umstände und Folgen ab, vermeiden streng alle ungewöhnlichen oder gar gefährlichen Handlungen. Sie müssen alles selber machen, weil sie glauben, sonst die Verantwortung nicht tragen zu können, haspeln sich ab von früh bis spät in kleinlicher Tätigkeit, weit mehr, als nötig wäre, besorgen alles mit quälerischer Genauigkeit und Pünktlichkeit. Eine Dame mit ganz kleinem Haushalte brauchte regelmässig abends noch die Zeit von 10—$^1/_2$12 Uhr, um ihre wenigen Tagesrechnungen in Ordnung zu bringen und so ihren Hausfrauenpflichten zu genügen.

Infolge dieser Ängstlichkeit kommen die Kranken nie zu einem raschen Entschlusse. Sie überlegen endlose Zeit, ohne etwas auszuführen. Eine Dame musste erst durch Aufbietung des ganzen Familienrates veranlasst werden, die sehnlichst von ihr gewünschte ärztliche Hilfe aufzusuchen, und konnte sich auch dann nicht dazu entschliessen, den erteilten Rat auch wirklich zu befolgen. Die Kranken kleben daher bei jeder Aufgabe fest und gelangen allmählich zu einer immer engeren Beschränkung ihrer Tätigkeit. Sie geben das Lesen und Musizieren, das Radfahren und Rauchen auf, gehen nicht mehr in Läden, weil sie mit der Wahl nicht fertig werden, besuchen keine Gesellschaft, weil sie keine Zeit haben, sich fortzubilden, und darum Allen dumm vorkommen müssen. Sie können nicht verreisen, weil die Vorbereitungen, das Bestimmen

des Zieles ihnen zu schwer fällt. Am Ende macht schon das Aufstellen des Speisezettels, die Beaufsichtigung der Mädchen, die Sorge, dass alles im Haushalte zur rechten Zeit fertig ist, die grösste Mühe. Manche Frauen können kein fremdes Gesicht um sich sehen, suchen die Zahl ihrer Hilfskräfte immer mehr einzuschränken, belasten sich selbst bis zum äussersten. Andere lassen schliesslich alles gehen, wie es gehen will. Namentlich die Prüfungen bilden kaum überwindliche Klippen für unsere Kranken. So mancher verzichtet trotz völlig ausreichender Befähigung auf die ihm winkende höhere Laufbahn, um sich mit einem bescheideneren Plätzchen im Leben zu begnügen, weil ihm sein mangelndes Selbstvertrauen und die Entschlussunfähigkeit die Ablegung der notwendigen Prüfung nicht gestattet. Sehr oft entwickeln sich Schrullen und Eigenheiten, die gewöhnlich in irgend einer Beziehung zu der Verstimmung stehen und Schutzmassregeln bedeuten, durch welche sich der Kranke über die inneren Schwierigkeiten hinwegzuhelfen sucht. Manche Kranke spielen fortwährend mit Selbstmordgedanken und sind immer darauf vorbereitet, beim nächsten Anlasse ihr Leben fortzuwerfen. Wenn derartige Äusserungen auch in der Regel nicht sehr ernst zu nehmen sind, so kommen doch Selbstmorde aus geringfügigem Anlasse bei diesen krankhaft haltlosen Persönlichkeiten immer noch oft genug vor.

Vielfach haben die Kranken an allerlei nervösen Beschwerden zu leiden, die ihnen einen Teil ihrer Arbeitsfähigkeit rauben. Sie fühlen dauerndes Ruhebedürfnis, auch ohne Anstrengung, Dumpfheit, Druck oder Schmerzen im Kopfe, unangenehme Empfindungen in den verschiedensten Teilen des Körpers, Wallungen, Pulsieren, Zuckungen, Vibrieren; nicht selten werden einzelne absonderliche Bewegungserscheinungen beobachtet, Grimmassieren, choreatische Unruhe, zwangsmässiges Belecken des Gaumens, Schnalzen mit der Zunge, plötzliches Schnüffeln oder Gautzen, Muskelzuckungen und ähnl. Derartige „Tics“, die uns bei verschiedenen Formen des Entartungsirreseins begegnen und zur Schaffung einer „Maladie des tics“ geführt haben, sind die erstarrten Reste gewohnheitsmässiger Handlungen und Bewegungen, die entweder nach Art der Ausdrucks- und Verlegenheitsbewegungen die unwillkürliche Entladung innerer Spannungszustände darstellen oder, wie sehr häufig bei den Phobien, ursprünglich

eine bestimmte symbolische Bedeutung besassen. Der Schlaf ist meist sehr gestört, zeitweise bis zu fast völliger Schlaflosigkeit, weniger die Esslust; die Verdauung pflegt träge zu sein.

Der Verlauf der konstitutionellen Verstimmung ist in der Regel ein langsam fortschreitender. Hie und da aber zeigen sich auch deutliche Schwankungen. Namentlich im Anschlusse an eine heftige Gemütsbewegung oder ein körperliches Leiden, aber auch ohne erkennbaren Anlass, kann sich der Zustand verschlimmern, um nach kürzerer oder längerer Zeit wieder etwas besser zu werden, doch erscheinen die Kranken kaum jemals ganz frei. Hie und da kann man geradezu einzelne Anfälle unterscheiden, die allerdings nur sehr unvollkommen abgegrenzt sind und eine gewisse Neigung zur Versumpfung darbieten, insofern die Nachlässe immer undeutlicher werden. Auch in den besseren Zeiten jedoch werden die Kranken in der Regel als eigentümliche Menschen geschildert, scheu, still, verdriesslich, unfreundlich, stumpfsinnig, geizig. „Ich kann sagen, ich bin in der Angst geboren," sagte ein solcher Kranker mit riesigem Schädel. Bisweilen treten auch psychogene Züge hervor, grosses Trostbedürfnis, Verstärkung der Klagen in Gegenwart des Arztes. „Sie ist ganz munter, so lange sie nicht in Verkehr kommt mit solchen Frauen, welche auch glauben, krank zu sein," schrieb der Mann einer Kranken.

Wie mir scheint, deuten derartige Schwankungen des Zustandes auf die innere Verwandtschaft wenigstens gewisser Formen der konstitutionellen Verstimmung mit dem manisch-depressiven Irresein hin. Auf der einen Seite ist es unmöglich, zwischen den geschilderten Fällen und der ausgeprägten „periodischen Depression" irgend eine scharfe Grenze zu ziehen. Vielmehr gibt es eine ununterbrochene Reihe von Übergängen, an deren einem Ende die ganz verwaschenen Verlaufsarten mit unregelmässigen Schwankungen und Nachlässen stehen, während wir auf der anderen Seite die Formen mit scharf umgrenztem, voll entwickeltem Krankheitsbilde und tiefen, lang dauernden Remissionen zu verzeichnen haben. Die Gründe aber, die dafür sprechen, dass diese letzteren dem manisch-depressiven Irresein angehören, wurden früher schon eingehend erörtert.

Ein weiterer Punkt von Wichtigkeit ist die Beobachtung, dass wir sehr häufig die konstitutionelle Verstimmung oder doch

ein ihr ungemein ähnliches Bild als dauernden Zustand in den Fällen von „periodischer Manie“ vorfinden, eine Tatsache, die schon seit langer Zeit die Aufmerksamkeit der Irrenärzte auf sich gezogen hat. Sie wird, wie mir scheint, vollkommen begreiflich, wenn man eben jene dauernde Verstimmung als einen Grundzustand betrachtet, aus welchem sich die verschiedenen Erscheinungsformen des manisch-depressiven Irreseins herausentwickeln können. Für diese Auffassung dürfte endlich ganz besonders auch die weitgehende klinische Ähnlichkeit zahlreicher Fälle von konstitutioneller Verstimmung mit dem Zustandsbilde der cirkulären Depression sprechen. Die Menschenscheu, das Schuldgefühl, namentlich aber die Entschlussunfähigkeit, die hypochondrischen Befürchtungen und Selbstmordgedanken begegnen uns bei beiden Krankheitsformen in ganz gleicher Weise. Damit soll jedoch nicht gesagt sein, dass die konstitutionelle Verstimmung ohne weiteres mit dem manisch-depressiven Irresein zusammenzuwerfen wäre. Einmal ist es sehr wohl möglich, dass nicht alle Fälle, die wir heute jenem ersteren Krankheitsbilde zurechnen, wesensgleich sind. Sodann aber verläuft die konstitutionelle Verstimmung eben in der weitaus grössten Zahl der Fälle ohne deutliche „Anfälle“ von dieser oder jener Färbung, und ebenso zeigen sehr viele manisch-depressive Kranke in ihren freien Zeiten durchaus keine Depression. Wir können also nur von einer Verwandtschaft beider Krankheitsbilder reden, die sich in den erwähnten Übergängen ausdrückt. Beide sind Erscheinungsformen der Entartung, und die konstitutionelle Verstimmung kann, wie mir scheint, unter Umständen den Keim für die Ausbildung eines eigentlichen manisch-depressiven Irreseins in sich tragen.

Die Behandlung der konstitutionellen Verstimmung hat ausser den allgemeinen, vorbeugenden Massnahmen nur geringen Spielraum. Sehr regelmässiges Leben, geschützte Verhältnisse können dem Kranken die Last bedeutend erleichtern, während Kämpfe und grosse Verantwortlichkeit meist ungünstig wirken. Andererseits pflegt völlige Ungebundenheit seine Beschwerden zu steigern, da er ohne den Zwang der Pflicht oft ausserstande ist, die inneren Hemmungen zu überwinden und sich die Wohltat ablenkender Tätigkeit zu verschaffen. Eigentliche „Kuren“ pflegen nicht selten geradezu schlecht zu wirken. Gerade solche

Kranke würden daher von den Nervenheilanstalten, wie sie Möbius empfiehlt, besonderen Nutzen haben. Sie bedürfen oft der Arbeit, allerdings in richtiger Abmessung und Auswahl; sie müssen dazu erzogen werden, ihre geistigen und körperlichen Kräfte in planmässiger, ausdauernder Arbeit allmählich zu üben, anstatt, wie sie so oft zu tun pflegen, zwischen unsinniger Überarbeitung und wehleidigem Müssiggange hin und her zu schwanken. Mehr als alle sonstigen Heilversuche, mit Wasser, Elektrizität, Massage, Gymnastik, mit Arzneien und Reisen, wird ohne Zweifel die beständige psychische Beeinflussung durch den Arzt und namentlich der Segen einer genau der persönlichen Leistungsfähigkeit angepassten, die Kräfte und das Selbstvertrauen hebenden Tätigkeit erreichen. In manchen Fällen leistet die hypnotische Behandlung gute Dienste, indem sie gewisse Krankheitszeichen, namentlich Schmerzen und Schlaflosigkeit, beseitigt. Sie muss lange Zeit fortgesetzt, aber auch immer wieder abgebrochen werden, damit der Kranke es lernt, nach Milderung seiner Beschwerden die letzte, entscheidende Hilfe bei sich selbst zu finden.

C. Die konstitutionelle Erregung.

Aus der grossen Zahl der Entartungszustände möchte ich hier zum ersten Male eine kleine Gruppe von Fällen herausheben, deren gemeinsames Kennzeichen eine dauernde, ganz leichte psychomotorische Erregung bildet. Die Verstandesbegabung der Kranken pflegt mittelmässig, bisweilen auch ziemlich gut zu sein. Dennoch erwerben sie sich in der Regel nur geringe und namentlich sehr lückenhafte, ungleichmässige Kenntnisse, weil sie gar keine Ausdauer beim Lernen zeigen, ungemein leicht ablenkbar sind und sich auf jede Weise dem Zwange einer planmässigen geistigen Ausbildung zu entziehen suchen, um dafür in buntem Wechsel alle möglichen Nebendinge zu treiben. Sie besitzen nicht selten eine ganz gute Auffassungsgabe und prägen sich Einzelheiten ohne Schwierigkeit ein. Allein ihr Verständnis für Leben und Welt bleibt oberflächlich, die geistige Verarbeitung ihrer Erfahrungen dürftig und unklar, die Erinnerung an frühere Ereignisse flüchtig, einseitig gefärbt und mit zahlreichen persönlichen Zu-

taten verfälscht. Der Gedankengang ist abspringend, zerfahren, ziellos, das Urteil vorschnell und flach. Die Kranken machen sich wenig Gedanken über ihre Vergangenheit, ihre Umgebung, ihre Lage, ihre Zukunft, haben überhaupt nicht das Bedürfnis, sich über die Lebensereignisse Rechenschaft zu geben und sich eine Weltanschauung zu bilden.

Die Stimmung der Kranken ist dauernd eine gehobene, sorglose. Sie besitzen ein stark ausgeprägtes Selbstgefühl, schätzen ihre eigenen Fähigkeiten und Leistungen ungemein hoch ein, prahlen mit den handgreiflichsten Übertreibungen. Ihnen fehlt vollständig das Verständnis für die krankhafte Unvollkommenheit ihrer Veranlagung; vielmehr sind sie sicher, ihrer Umgebung überlegen zu sein, und erwarten mit Bestimmtheit, durch ihre hervorragende Begabung ihr Glück zu machen. Gegen Andere sind sie hochfahrend, rechthaberisch, reizbar. Sie zeigen wenig Mitgefühl bei fremdem Leid, verhöhnen, necken und misshandeln gern diejenigen, denen sie sich überlegen dünken. Bei Widerspruch können sie äusserst grob und roh werden, nehmen aber unter Umständen auch schwere Vorwürfe und Beleidigungen merkwürdig gleichmütig hin, ohne die Kränkung recht zu empfinden. Meist sind sie zu Scherzen, auch zur Selbstverspottung, zu Unterhaltung und Zeitvertreib jeglicher Art, zu allerlei Streichen aufgelegt, fügen sich leicht in neue Verhältnisse, sehnen sich aber rasch wieder nach Veränderung und Abwechslung. Hie und da stellen sich vorübergehend auch wohl einmal ängstliche oder traurige Stimmungen ein.

Im Benehmen und Handeln der Kranken tritt vor allem eine gewisse Unstetigkeit und Rastlosigkeit hervor. Sie sind leicht zugänglich, mitteilsam, oft redselig, aber unzuverlässig, sprunghaft in ihren Entschlüssen. Infolgedessen ist ihr Leben regelmässig eine Kette von unbesonnenen, abenteuerlichen, nicht selten auch unsinnigen und bedenklichen Handlungen. Schon in der Schule sind sie unbotmässig, liederlich, Rädelsführer bei allen Ungehörigkeiten; sie schwänzen, brennen durch, müssen die Unterrichtsanstalt wechseln, scheitern wegen ihrer Abneigung gegen gründliches und ausdauerndes Lernen bei den Prüfungen. Die militärische Zucht ertragen sie sehr schlecht, vernachlässigen Sauberkeit und Ordnung, überschreiten den Urlaub, versäumen

den Dienst, lehnen sich auf und werden in der Regel vielfach bestraft, wenn man sie nicht als krank erkennt. Eine bedeutendere Rolle spielt dabei vielfach der früh erwachende und sehr rege Geschlechtstrieb, der sie zu Ausschweifungen verführt, noch mehr fast der Einfluss des Alkohols, dem sie sich widerstandslos hinzugeben pflegen.

Weiterhin kommt es nun zu den verschiedensten Anläufen, irgend eine Lebensstellung zu erringen, bei denen die Kranken oft nicht ohne Geschick, aber ohne Nachhaltigkeit vorgehen. Sie wechseln ohne genügenden Grund Beruf und Stellung, fangen immer wieder etwas Neues an, schmieden grosse Pläne, um sie nach kurzer Zeit wieder fallen zu lassen, geraten auf allerlei Abwege, vertrinken und verjubeln, was ihnen zugänglich ist. Vielfach machen sie sich an Aufgaben, denen sie in keiner Weise gewachsen sind, schmücken sich mit hochtrabenden Titeln, die ihnen gar nicht zukommen, suchen sich durch Prahlereien und Aufschneidereien Ansehen zu verschaffen. Sehr eigentümlich ist bisweilen die Planlosigkeit ihres Vorgehens, die deutlich zeigt, wie wenig der innere Drang nach Betätigung durch vernünftige Überlegungen im Zaum gehalten wird. Einer meiner Kranken liess für teures Geld pomphafte Anerbietungen verschiedenartiger chemischer Erzeugnisse drucken, versandte sie in alle Welt und schloss Lieferungsverträge ab, obgleich er als früherer Modewarenhändler gar nichts von Chemie verstand, seine Stoffe auf einem gewöhnlichen Küchenherde zusammenbraute und ganz ausserstande war, die bestellten Mengen anzufertigen. Er meinte, er habe zunächst einmal sehen wollen, ob überhaupt Käufer kämen, bevor er sich wirklich auf die Erzeugung einrichtete.

Auf diese Weise geraten die Kranken regelmässig in wirtschaftlichen Verfall. Wenn ihre Mittel erschöpft sind, fangen sie an, zu borgen, mit Wechseln zu wirtschaften, Zechprellereien zu begehen, zu schwindeln. Ihre grossen Zukunftshoffnungen, eine fast vollendete Erfindung, eine Anstellung, die ihnen winke, ihre Bekanntschaft mit hochgestellten Personen, eine bevorstehende reiche Heirat, ein angemasster Titel müssen dienen, ihren Kredit zu heben. Auf Vorhalt behaupten sie dann entrüstet, dass sie ganz im Recht seien, nicht die geringste Absicht eines Betruges gehabt hätten, vielmehr binnen kurzem im-

stande sein würden, allen ihren Verbindlichkeiten zu genügen. Unmittelbar nach der Bestrafung beginnt das alte Treiben wieder, bis endlich, oft erst nach Jahrzehnten, die krankhafte Grundlage dieser abenteuerlichen, zerfahrenen Lebensführung erkannt wird.

Die Berührungspunkte dieses Krankheitsbildes mit leicht hypomanischen Zuständen sind, wie ich denke, unverkennbar. Nur ist die Erregung hier noch schwächer angedeutet, und sie verläuft nicht in abgegrenzten Anfällen, sondern sie ist eine dauernde persönliche Eigentümlichkeit. Allerdings scheinen in einzelnen Fällen vorübergehende Steigerungen derselben bis zu deliriösen Zuständen vorzukommen; bei anderen Kranken machen sich leise periodische Schwankungen mit Zunahme der Reizbarkeit und Unbotmässigkeit bemerkbar; endlich kommen auch gelegentlich ängstliche Stimmungen mit unbestimmten Verfolgungsideen zur Beobachtung. Alle diese Erfahrungen dürften dafür sprechen, dass wir es hier mit einer dauernden Störung des psychischen Gleichgewichtes zu tun haben, die in ähnlicher Weise die Vorstufe der manischen Erregung bildet, wie wir die konstitutionelle Verstimmung als diejenige der cirkulären Depression aufgefasst haben. Wir erinnern uns dabei an die Erfahrung, dass auch in den Zwischenzeiten des manisch-depressiven Irreseins nicht selten eine ganz leichte Erregung ähnlicher Art fortbesteht. Wenn man also will, kann man dort wie hier von einer „chronischen“ oder „konstitutionellen“ Manie sprechen.

Die leichtesten Formen der Störung führen uns hinüber zu gewissen, noch im Bereiche des Gesunden liegenden persönlichen Veranlagungen, die wir häufiger in Familien mit einzelnen manisch-depressiven Erkrankungen antreffen. Es handelt sich um glänzend, aber ungleichmässig begabte Persönlichkeiten, die uns durch die Beweglichkeit ihres Geistes, ihre Vielseitigkeit, ihren Ideenreichtum, ihre frische Zugänglichkeit und Unternehmungslust, ihre künstlerische Befähigung, ihre fröhliche, sonnige Stimmung entzücken, zugleich aber auch durch eine gewisse Ruhelosigkeit, Redseligkeit, Sprunghaftigkeit in der Unterhaltung, übermässige gesellige Bedürfnisse, Launenhaftigkeit und Bestimmbarkeit, Mangel an Stetigkeit und Ausdauer bei der Arbeit, Neigung zu Luftschlössern und Plänemacherei in Verwunderung setzen. Hie

und da erfährt man dann auch wohl von Zeiten grundloser Niedergeschlagenheit und Verzagtheit, die dann gewöhnlich auf äussere Umstände, Überarbeitung, Enttäuschungen zurückgeführt werden. Diese Erfahrung wie der weitere Umstand, dass wir recht oft Eltern, Geschwister oder Kinder an Selbstmord in trauriger Verstimmung enden oder auch ausgeprägt manisch-depressiv erkranken sehen, legt mir die Vermutung nahe, dass eine derartige, stark entwickelte sanguinische Gemütsart bisweilen nichts ist, als die erste psychopathische Vorstufe der manischen Erregung.

Allerdings sind eine Reihe von Fällen, wie wir sie hier als konstitutionelle Erregung beschrieben haben, gelegentlich dem moralischen Irresein zugezählt worden. Es ist richtig, dass auch dort eine ausgeprägte sittliche Unfähigkeit vorhanden ist, Mangel an Selbstbeherrschung, ungenügende Ausbildung höherer sittlicher Gefühle und Grundsätze, Neigung zum Müssiggang und zu Ausschweifungen. Es scheint mir indessen, dass bei unserer Gruppe die dauernd gehobene Stimmung, die Ablenkbarkeit, die Rastlosigkeit, der allerdings unfruchtbare Betätigungsdrang, endlich die hie und da hervortretenden akuteren Störungen wie die besonderen Erblichkeitsbeziehungen eine nahe Verwandtschaft zum manisch-depressiven Irresein und damit die oben erwähnte Deutung nahe legen. Dem gegenüber fehlen die Stumpfheit und die grobe Selbstsucht, ebenso die schlechten Triebe, die wir dem moralischen Irresein zuzuschreiben pflegen. Unsere Kranken sind mehr haltlos, leichtsinnig, reizbar und dadurch schwierig, aber im ganzen gutmütig, harmlos und keineswegs sittliche Idioten. Wir werden später andere Formen der psychopathischen Veranlagung kennen lernen, für die jene Bezeichnung jedenfalls zutreffender ist.

Der Behandlung setzen die konstitutionell Erregten meist erhebliche Schwierigkeiten entgegen. Da ihnen, gerade wie den Manischen, jede Spur von Krankheitsgefühl fehlt, pflegen sie sich gegen den Versuch ärztlicher Einwirkung entschieden aufzulehnen. Dennoch ist für manche unter ihnen die Freiheitsentziehung für kürzere oder längere Dauer notwendig, weil sie sonst in schwere Kämpfe und Massregelungen geraten. Unter fester, aber freundlicher Leitung und namentlich bei ausreichendem Schutze gegen geschlechtliche und alkoholische Ausschwei-

fungen können sie, da sie einer Beeinflussung nicht unzugänglich sind, wenigstens zeitweise zu einer brauchbaren Tätigkeit gebracht werden, aber sie bleiben immer unzuverlässig und wetterwendisch, eine stete Not und Gefahr für diejenigen, die für sie zu sorgen haben.

D. Das Zwangsirresein.*)

Mit diesem abgekürzten Namen wollen wir diejenigen Formen des Entartungsirreseins bezeichnen, bei denen Zwangsvorstellungen und Zwangsbefürchtungen das Krankheitsbild beherrschen („Anankasmus“). Auch hier kann die Verstandesbegabung der Kranken eine genügende oder sogar vortreffliche sein. Sie behalten dauernd ein ausgeprägtes Krankheitsgefühl und meist auch ein recht klares Verständnis für die Krankhaftigkeit der einzelnen Störungen. Auf den ersten Blick kann daher das Leiden, das von dem Kranken selbst als quälender Zwang empfunden wird, den Eindruck einer umgrenzten Erkrankung machen. Bei genauerer Betrachtung ergibt sich jedoch, dass die tieferen Wurzeln des Leidens in der gesamten Veranlagung des Kranken liegen, dass in der Regel die ersten Andeutungen desselben in eine Zeit zurückreichen, in welcher noch Niemand an die Möglichkeit einer geistigen Erkrankung dachte. Regelmässig sind es gemütliche Verstimmungen, welche den günstigen Boden für das erste Auftreten der Krankheitserscheinungen abgeben. Gar nicht selten bieten die Kranken geradezu das Bild der im vorigen Abschnitte gezeichneten konstitutionellen Verstimmung in mehr oder weniger deutlichen Zügen dar.

Die Gestaltung der Krankheitsbilder im einzelnen bietet grosse Mannigfaltigkeit. Dennoch ergibt sich die tiefere klinische Einheit aller dieser verschiedenartigen Zustandsbilder deutlich aus dem Umstande, dass doch gewisse Grundzüge, wenn auch in wechselnder Gruppierung, immer wiederkehren, und dass gar

*) Westphal, Archiv f. Psychiatrie, VIII, 737; Thomsen, ebenda, XXVII, 319; Kaan, Der neurasthenische Angstaffect bei Zwangsvorstellungen und der primordiale Grübelzwang. 1893; Gadelius, Om Tvängstankar och dermed beslägtede Fenomen. 1896; Mercklin, Allgem. Zeitschr. f. Psych., XLVII, 628; Tuczek, Berl. Klin. Wochenschr. 1899, 6.

nicht selten eine Entwicklung von dieser zu jener Form des Zwangsirreseins stattfindet. Es ist daher kaum möglich, alle die zahllosen Spielarten des Leidens scharf auseinanderzuhalten. Im allgemeinen wird man etwa drei grosse Gebiete von Zwangserscheinungen abgrenzen können, die sich allerdings besser psychologisch, als klinisch scheiden lassen. Bei der ersten Gruppe handelt es sich um quälende Vorstellungen mehr oder weniger peinlichen Inhalts. Janet spricht hier von „Manies mentales". Die zweite Gruppe von Störungen umfasst die sogenannten „Phobien", die ausgeprägten Befürchtungen vor irgend etwas Unangenehmen. Aus ihnen können sich dann die „Impulsions" entwickeln, die vermeintlichen Antriebe zu gefürchteten Handlungen. In Wirklichkeit handelt es sich allerdings dabei gar nicht um unmittelbare Antriebe, sondern um jenen Anreiz, der aus der Furcht entspringt.

Das Gefühl des ängstlichen Unbehagens, das alle diese Krankheitserscheinungen begleitet und wohl ihre gemeinsame Grundlage bildet, entladet sich regelmässig in einer Reihe von psychogenen Störungen. Es ist mir nicht unwahrscheinlich, dass die früher erwähnte Empfindung des „Fremdseins" nichts ist, als ein eigenartiger Ausdruck der geheimen Angst, welche dem Kranken die Sinne vergehen lässt und die klare Auffassung der Aussenwelt beeinträchtigt. Sehr häufig begegnen wir daher dem Gefühle, nichts mehr begreifen, der Unterhaltung, dem Vortrage nicht folgen, den Sinn des Gelesenen nicht verstehen zu können. Sodann kommt es zu einer endlosen Wiederholung derselben peinigenden Gedankenreihen, die dem Kranken durchaus keine Ruhe lassen, sondern immer unwiderstehlicher werden, je mehr er sich ihrer zu erwehren sucht. Janet bezeichnet diese überall wiederkehrende Störung sehr treffend als psychisches Wiederkäuen („Rumination"). Damit verbinden sich dann allerlei körperliche Missempfindungen und jene Einwirkungen auf die gesamte Körpermuskulatur, die uns aus dem gesunden Leben bekannt sind, lähmungsartige Schwäche, Umsinken, Herzklopfen, Erröten, Erblassen, Durchfälle, Übelkeit, unter Umständen Erbrechen. Weiterhin führt die Angst zur Einmischung der Willkür in sonst unwillkürlich ablaufende Vorgänge, die dadurch in mannigfaltigster Weise gestört und abgeändert werden. Endlich aber entwickeln

sich bei den Kranken noch jene eigentümlichen „Schutzhandlungen“ oder „Abwehrhandlungen“, die in einer gewissen inhaltlichen Beziehung zu ihrer Beängstigung stehen und nach irgend einer Richtung zur Erleichterung oder Beseitigung der inneren Spannung dienen.

Bei der Darstellung der hauptsächlichsten klinischen Erscheinungsformen des Zwangsirreseins werden wir am zweckmässigsten von den einfachen Zwangsvorstellungen ausgehen, die sich dem Kranken gegen seinen Willen aufzwingen und auf diese Weise die freie Beweglichkeit seines Gedankenverlaufes beeinträchtigen. Bisweilen sind dieselben an sich ganz gleichgültigen oder wenigstens nicht aufregenden Inhaltes; nur in der häufigen Wiederholung liegt das Peinigende des Vorganges. Ich kannte einen Arzt, dem sich bei jeder Gelegenheit die Vorstellung eines Abtrittes in quälendster Weise aufdrängte. Hie und da verknüpfen sich die Vorstellungen mit halluzinatorischen Bildern, die dem Kranken in grosser sinnlicher Deutlichkeit vorschweben. Löwenfeld berichtet von einer Kranken, die immer eine riesige Gespensterhand vor sich sah, von der sie in einem Romane gelesen hatte. Auch Gerüche, Melodien können den Kranken in ähnlicher Weise verfolgen. Besonders peinlich werden solche Vorstellungen, wenn sie einen schmutzigen, namentlich geschlechtlichen Inhalt annehmen. So empfinden manche Kranke den Zwang, die Genitalgegend der Personen ihrer Umgebung zu betrachten, sich dieselben nackt in schlüpfrigen Stellungen vorzustellen. Andere müssen sich allerhand hässliche Situationen, gotteslästerliche Bilder ausmalen.

In einer zweiten Gruppe von Fällen tritt der Zwang zum Nachdenken über bestimmte Dinge in den Vordergrund. Besonders gern knüpft sich derselbe an die Personennamen an („Onomatomanie“*), die schon dem gesunden Gedächtnisse häufig genug Schwierigkeiten bereiten. Die Kranken fühlen sich genötigt, sich einen beliebigen Namen, den sie in der Zeitung, auf einem Schilde gelesen, zufällig gehört haben, ins Gedächtnis zurückzurufen. Sobald sie sich desselben nicht zu entsinnen vermögen, grübeln

---

*) Magnan, Psychiatrische Vorlesungen, Deutsch von Möbius, Heft IV und V.

sie tagelang, werden schlaflos und machen die verzweifeltsten Anstrengungen, um auf irgend eine Weise zum Ziele zu kommen. Die unerträgliche Spannung weicht erst dann, und zwar ganz plötzlich, wenn ihnen der Name wieder einfällt. Andeutungen dieses peinlichen Zustandes sind uns aus dem gesunden Leben genugsam bekannt. Bei dem Kranken führt derselbe aber dazu, dass er anfängt, sich alle Namen, die ihm vorkommen, aufzuschreiben. So bekritzelte eine meiner Kranken die ganzen Wände der Abteilung mit den Namen ihr ganz fernstehender Personen, um sie in ihrer Not jederzeit leicht wiederfinden zu können. Manche Kranke fühlen sich schliesslich gezwungen, sich nach den Namen der Leute zu erkundigen, die ihnen begegnen, an ihnen vorüberfahren, um sie ihren Heften einzuverleiben; andere gehen im Gegenteil mit gesenktem Blicke durch die Strassen, um nicht die Firmenschilder anzusehen und die Namen sich merken zu müssen, ziehen sich ganz aus dem Verkehr mit anderen Menschen zurück. Auch der Zwang, sich die Gesichter, Tracht und Haarfarbe fremder Personen, bestimmte Bilder zu merken, wird beobachtet. Baillarger berichtet von einem Kranken, der sich bei jeder Frauensperson zwangsmässig darüber Rechenschaft geben musste, ob sie hübsch oder hässlich sei, und selbst Reisen machte, um ein Versäumnis in dieser Beziehung nachzuholen.

Eine sehr ergiebige Anknüpfung für das Zwangsdenken pflegen ferner Zahlen zu liefern („Arithmomanie"). Die Kranken müssen sich mit der Nummer ihrer Droschke, ihres Gastzimmers beschäftigen, prüfen, ob und durch welche Zahlen sie teilbar ist; sie zählen zwangsmässig die Personen einer Tafelrunde, die Messer, Teller, Gläser auf dem Tische, die Bretter auf einer Brücke, die Wiederholungen des Tapetenmusters. Auch von grossen Rechenkünstlern (Dahse) wissen wir, dass sie zwangsmässig alle ihnen aufstossenden Gegenstände, die Worte eines Trauerspiels, die Buchstaben eines gehörten Gedichtes zählen, mit allen ihnen vorkommenden Zahlen umfangreiche Rechnungen ausführen mussten, ohne sich davon losmachen zu können. Magnan erzählt von einem Kranken, der 20 Kirschen gegessen hatte, aber nur 19 Kerne auffand und nun in der grössten Aufregung alles, auch seine eigenen Ausleerungen durchsuchte, bis er in letzteren endlich den fehlenden Kern gefunden hatte und damit beruhigt war.

Nicht selten nehmen die Zwangsvorstellungen die Form von Fragen an, die sich an beliebige Eindrücke anknüpfen. Schon aus dem gesunden Leben ist uns die Neigung einzelner Personen bekannt, bei jedem Vorfall sogleich zu erörtern, wie das nur so hat kommen können. Einer meiner Kranken fing an, über die Herkunft einer Neujahrskarte nachzudenken; dann waren es gleichgültige Zeitungsnachrichten, denen er „auf den Grund gehen" musste, was dies und jenes zu bedeuten habe, woran dieser und jener gestorben sei; ihm war, „als müsse er alles wissen". Auf diese Weise können in förmlichen „Anfällen" massenhafte, zwecklose, unlösbare, ja gänzlich alberne Fragen auftauchen, die sich der Kranke vergeblich zu unterdrücken bemüht. Der Inhalt dieser Fragen nimmt nicht selten eine allgemeine, metaphysische Richtung und beschäftigt sich namentlich gern mit der Entstehung und Entwicklung der Dinge („Schöpfungsfragen"), indem sich immer eine ganze Kette derselben aneinander knüpft: Was ist Gott? Wie ist er? Woher ist er gekommen? Gibt es überhaupt einen Gott? Wie ist die Welt, der Mensch entstanden? Einer meiner Kranken empfand namentlich, wenn er von Hause fort war, das Bedürfnis, „über die Unendlichkeit" nachzudenken, „weil alles so auf ihn drückte". Bisweilen sind es auch irgend welche Gegenstände der zufälligen Umgebung, auf die der Blick gerade fällt, welche den Anknüpfungspunkt für die Zwangsfragen abgeben: Warum steht dieser Stuhl so und nicht so? Warum nennt man ihn gerade Stuhl? Warum hat er vier Beine, nicht mehr, nicht weniger? Warum ist er braun, warum nicht höher, nicht niedriger? Man bezeichnet diese Form der Störung gewöhnlich mit dem Namen der Grübelsucht.*) Grashey hat daran erinnert, dass ein ähnlicher Fragedrang auf gewissen Entwicklungsstufen des kindlichen Seelenlebens als Ausdruck der ungesättigten Wissbegierde aufzutreten pflegt. Wir können weiterhin darauf hinweisen, dass der Wunsch, über das Wesen der Dinge ins klare zu kommen, an sich die letzte Triebfeder aller geistigen Arbeit ist. Was ihm hier den Stempel des Krankhaften aufdrückt, ist die Unmöglichkeit, zu irgend einem Abschlusse zu gelangen, wie sie nicht nur durch den vielfach unsinnigen Inhalt der Fragen selbst,

---

*) Griesinger, Archiv f. Psychiatrie I, S. 626; Berger, ebenda VI, S. 217.

sondern vor allem durch das dauernd fortbestehende Gefühl der ängstlichen Unsicherheit bedingt wird. Dasselbe kann wohl an einem einzelnen Punkte zur Ruhe gebracht werden, aber es kehrt, da der Stoff unerschöpflich ist, beharrlich wieder, mag es durch ungezählte Feststellungen oder Abfertigungen noch so oft bekämpft worden sein, ja es schöpft geradezu aus dem Kampfe immer neue Kraft. Einer meiner Kranken zweifelte immerfort an der Treue seines Gedächtnisses, nachdem ihm einmal der Vorwurf gemacht worden war, er habe gelogen. Infolgedessen musste er beim Lesen unausgesetzt bemüht sein, sich alles ganz genau einzuprägen, kam nicht über die erste Seite hinaus, klebte die halben Nächte hindurch an der Arbeit, weil er alles endlos wiederholen musste. Bei Begegnungen mit Bekannten kam ihm die Angst, sie etwa nicht richtig wiederzuerkennen, nicht mehr zu wissen, wann und wo er sie zuletzt gesehen, was er damals mit ihnen gesprochen habe. Er wich ihnen daher aus, suchte Gruss und Anrede zu vermeiden, wurde nun aber von dem Gedanken gequält, dass er überall Verstösse mache, dass man ihn für dumm und unbeholfen halte, ihn deswegen schlecht behandle, nicht einlade.

Sehr häufig kleidet sich diese innere Unsicherheit in eine Form, die äusserlich dem Versündigungswahne ähnelt. Das allgemeine Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit erzeugt bei den Kranken in den verschiedensten Spielarten die Vorstellung, dass sie irgend etwas versäumt oder nicht recht gemacht hätten. Schon bei körperlichen Verrichtungen, beim Stuhlgang oder Harnlassen, bleibt die Befriedigung der vollkommenen Erledigung aus und zwingt den Kranken, immer von neuem derselben nachzustreben, freilich fruchtlos.

Nach jeder Unterredung, namentlich bei wichtigeren Anlässen, taucht dem Kranken der Gedanke auf, dass er sich vielleicht nicht ganz klar ausgedrückt habe, missverstanden sein könne. Er setzt sich dann hin, um schriftlich noch diese oder jene seiner Äusserungen genauer zu erläutern; kaum aber ist der Brief abgesandt, so erhebt sich von neuem der Zweifel, ob nunmehr auch jedes Missverständnis ausgeschlossen sei. Dabei entwickelt sich eine peinliche Aufrichtigkeit, die den Kranken zwingt, unter allen Umständen durchaus die Wahrheit zu sagen und auch auf die kleinen gesellschaftlichen Lügen zu verzichten. Jedes Wort wird

so lange herumgedreht, bis keine Möglichkeit einer falschen Auslegung mehr vorhanden ist und ihm die Absicht einer Zweideutigkeit nicht mehr untergeschoben werden kann. Freilich entdeckt der Kranke nachträglich immer noch Punkte, an denen man ihm den Vorwurf der Ungenauigkeit und Unzuverlässigkeit machen könnte. Er ist unsicher, ob er nicht einen beleidigenden Ausdruck gebraucht, etwas Anstössiges oder Zweideutiges gesagt hat, lässt daher seine Briefe stets erst von Anderen durchlesen, zieht zu jeder Unterredung Zeugen herbei, die er nachher befragen kann.

Jede verantwortliche Aussage wird daher für ihn zu einer Quelle der peinigendsten Selbstquälereien. Besonders die Berührung mit den Gerichten bringt eine starke Steigerung der Beschwerden. Ich kannte einen Kranken, der im Anschlusse an eine Vernehmung als Zeuge von einem länger dauernden, schweren Depressionszustande befallen wurde; er versicherte mir, dass er sich lieber einsperren lassen werde, als noch einmal diese Qualen zu überstehen. Ein anderer konnte vor Gericht nicht vereidigt werden, weil er im Hinblicke auf die Tragweite seiner Aussage in die grösste Aufregung geriet. Ein Richter wurde immer von der Befürchtung verfolgt, dass vielleicht ein Haftbefehl aus Versehen nicht aufgehoben worden sei. Immer wieder musste er sich persönlich davon überzeugen, dass die betreffenden Gefangenen wirklich entlassen seien. Nahe verwandt ist die bisweilen auftauchende Vorstellung, irgend etwas versprochen zu haben, was nun geschehen müsse. Eine meiner Kranken war genötigt, in ihrer Arbeit fortwährend „abzusagen“, dass sie nicht versprochen habe, dies oder jenes auszuführen. Andere fühlen sich gedrungen, ihre zukünftigen alltäglichen Handlungen durch Schwüre und Anknüpfung an Vorzeichen festzulegen und zu verschränken.

Starke gemütliche Stürme pflegen alle Berührungen mit fremdem Eigentume hervorzurufen. Die Kranken versehen ihre Schirme, Hüte, Überröcke mit möglichst auffallenden Kennzeichen, um sich nicht achtlos an fremden Sachen zu vergreifen, fürchten aber auch dann noch, dass doch vielleicht irgend Jemand auf ähnliche Bezeichnungen habe verfallen können. Beim Bezahlen wird jedes Geldstück erst auf das genaueste geprüft, ob

es nicht etwa falsch oder minderwertig ist; zudem erhebt sich nachher der Zweifel, ob nicht der Verkäufer zu viel herausgegeben habe und so geschädigt worden sein könne. Vielleicht war überhaupt das Geld nicht auf ganz ehrliche Weise erworben. Stets ist für den Kranken nur der Gedanke an die mögliche Übervorteilung Anderer quälend, während er den eigenen Schaden mit Gleichmut erträgt, ja ihn geflissentlich herbeizuführen sucht, um die stillen Selbstvorwürfe im Entstehen zu unterdrücken. Einer meiner Kranken verlor einige Geldstücke aus seiner Tasche. Nach dem Aufsammeln kam ihm der Gedanke, dass möglicherweise auch schon ein Anderer dort Geld verloren haben könne, das er sich jetzt widerrechtlich aneigne. Er wurde nicht eher ruhig, bis er die ganze Summe an die Armen gegeben hatte. Ein äusserst empfindliches Gebiet ist endlich das religiöse. Die Kranken quälen sich mit dem Gedanken, nicht ausreichend gebeichtet, nicht mit ganz reinem Herzen das Abendmahl genommen zu haben.

Nicht selten beobachtet man auch die Befürchtung, irgend etwas Wertvolles zu vernichten oder zu verschleppen. Eine junge Dame, die ich kannte, wurde von der Angst verfolgt, möglicherweise wichtige Briefe, namentlich Testamente, ins Feuer zu werfen oder auszukehren, ja sie glaubte, das schon ungezählte Male getan zu haben. Infolgedessen hatte sie eine unüberwindliche Scheu vor allem Papier, schliesslich sogar vor gedruckten Büchern. Jedes noch so kleine Fetzchen Papier bewahrte sie auf das sorgfältigste auf und war erst beruhigt, wenn sie es mir übergeben hatte. Sie war dabei vollständig klar und besonnen, frei von sonstigen Wahnideen, aber von Hause aus wenig begabt. Ein anderer Kranker hatte bemerkt, dass im Gottesdienst ein kleines Blättchen aus seinem Gebetbuche herausgefallen war, das er aufhob und in die Tasche steckte. Alsbald beschäftigte ihn die Möglichkeit, dass er aus Versehen ein kleines Stück Hostie mitgegriffen haben könne. Diese Vorstellung wurde durch das Tragen des damals benutzten Rockes immer wieder wachgerufen, späterhin auch durch andere Röcke, die mit jenem ersteren im gleichen Schranke gehangen hatten. Es hätte möglich sein können, dass feine Teile des Hostienstückchens beim Umkehren und Ausstauben der Taschen auch in die anderen Röcke

gelangt wären. Selbst der geistliche Zuspruch vermochte nur für kurze Zeit Beruhigung zu bringen. Noch andere fürchten, in ihren Haren, mit dem Staube in ihren Kleidern, mit dem Schmutze an ihren Absätzen irgend etwas Wertvolles zu verschleppen und zu veruntreuen.

In manchen Fällen nehmen die Befürchtungen einen ziemlich unsinnigen Inhalt an. Die Kranken können sich trotz besseren Wissens des Gedankens nicht erwehren, dass sie an irgend einem Unglücke, einem Todesfalle, ja einer Missernte schuld seien, irgend ein Verbrechen begangen hätten. Sie könnten doch Jemanden ermordet, den Lehrer erstochen haben. Eine Kranke erzählte mir, sie habe einen Brand angelegt, ihrem Grossvater Gift gegeben, nicht recht gebeichtet, das Versprechen gegeben, ihre zukünftigen Kinder sollten ins Kloster gehen. Sie wisse nicht recht, ob das alles wirklich sei, aber es könnte doch möglich sein, dass so etwas geschehen wäre. Ein Offizier meinte immer, er mache seinen Leuten unsittliche Anträge, und probierte den ganzen Tag, ob es wohl möglich sei, dass die in ihm aufsteigenden peinlichen Gedanken von Jemandem gehört werden könnten, ob er sie nicht unwillkürlich laut ausspreche. Eine Kranke Donaths konnte die Befürchtung nicht loswerden, sich möglicherweise mit irgend einem fremden Menschen geschlechtlich zu vergehen, und trug daher eine eng anliegende, mit einem Schloss versehene Leinwandhose, die ihr nicht einmal die Entleerung des Harnes gestattete, so dass sie denselben eigens mit einem Tuche auffangen musste.

Wie schon aus diesen Beispielen hervorgeht, ist die Gewalt, mit der solche Zwangsgedanken die vernünftige Überlegung unterjochen, eine ganz ausserordentliche. Einer meiner Kranken wurde von der Vorstellung geplagt, dass er Jemanden gewürgt, Steine auf Schienen gewälzt, Weichen verstellt und so einen Zug zum Entgleisen gebracht habe; auch meinte er, durch achtlos verstreutes Sperma möglicherweise eine Frauensperson geschwängert zu haben. Bei körperlichem Unwohlsein, das ihm sogleich das Herannahen des Todes zu verkünden schien, fühlte er das zwingende Bedürfnis, alle seine Verbrechen einzugestehen. Damit verband sich die Erwartung, dass nunmehr alle über ihn herfallen würden, und dass er, um dem zuvorzukommen, wüten

und würgen werde, da nun doch alles aus sei. Trotz ausgeprägten Krankheitsgefühls vermochte er doch nicht in jedem Augenblicke, die unsinnigen Gedanken zu berichtigen, da man doch seinen eigenen Augen und Erinnerungen glauben müsse. Er sammelte daher schriftliche Versicherungen von verschiedenen Leuten, dass er kein Verbrechen begangen habe, las sie in der Angst und lernte sie auswendig.

Die ganze Gruppe der hier kurz geschilderten Erscheinungen pflegt man nach dem Vorgange von Legrand du Saulle*) als Zweifelsucht („folie du doute") zu bezeichnen. Bisweilen sind es nur einige Gebiete, auf denen Zweifel sich erheben; in schweren Fällen können sie schliesslich den Kreislauf der Tagesbeschäftigungen fast unablässig begleiten. Der Kranke hätte vielleicht lieber das Glas Wasser nicht trinken sollen, hat sich möglicherweise durch das Essen jener Speise geschadet oder durch das Einnehmen dieser Arznei seine Genesung vereitelt. Wäre er nicht von Hause gereist, so wäre es besser gewesen; so ist vielleicht dort ein Unglück geschehen, Jemand krank geworden, Feuer ausgebrochen. Es wird ihm schliesslich ganz unmöglich, sich bündige Beruhigung darüber zu verschaffen, ob er eine Tür wirklich gehörig geschlossen, einen abgesandten Brief zugeklebt, ihn nicht verwechselt, ob er einen Auftrag richtig gegeben oder ausgerichtet, alle Lichter zuverlässig gelöscht habe u. s. f.

Im Zusammenhange mit den Zwangsbefürchtungen entwickelt sich regelmässig bei unseren Kranken eine gewisse Unentschlossenheit und Willenlosigkeit, da sie auf Schritt und Tritt durch die auftauchenden Zweifel in der tatkräftigen Durchführung ihrer Entschlüsse gehemmt werden. Zugleich stellt sich mit Notwendigkeit eine immer wachsende Peinlichkeit in allen kleinen Verrichtungen des täglichen Lebens ein. Durch allerlei Merkzeichen, abschliessende Gebärden, schriftliche Buchung und ähnliche Kunstgriffe sucht der Kranke sich dauernd die Möglichkeit einer rückschauenden Prüfung aller irgend wichtigen Handlungen zu erhalten, ohne doch dabei wirkliche Beruhigung zu finden, da er sich ja auch geirrt haben könnte. Beim Schliessen jedes Schlosses versichert er sich wiederholt, dass dasselbe wirk-

*) Legrand du Saulle, La folie du doute. 1875.

lich zugesperrt ist, reisst den Umschlag wieder auf, um zu sehen, ob der richtige Brief hineingelegt, ob nicht Unterschrift oder Datum vergessen wurde, zählt jede Summe zehn, zwanzig Mal, bevor er sie abgibt, macht nächtliche Runden durchs Haus, um sich zu überzeugen, dass nirgends mehr ein Funke glimmt, dass sich kein Dieb eingeschlichen hat. Manchmal müssen alle Verrichtungen zwangsmässig mehrfach wiederholt werden, bevor der Kranke zur Ruhe kommt.

Ein eigenartiges Hilfsmittel, um der andrängenden Vorstellungen Herr zu werden, ist die Herstellung abergläubischer Beziehungen. Die Kranken erfinden gewisse, oft ganz unsinnige Schutzsprüche, durch deren lautes oder leises Aufsagen sie die Zweifel zu bannen vermögen, freilich immer nur auf kurze Zeit. Oder sie führen gewohnheitsmässig gewisse Bewegungen aus, denen sie eine sinnbildliche Bedeutung beilegen, leichtes Hüsteln, Kopfnicken, Aufstossen des Fusses, Erheben des Armes. Da diese Schutzbewegungen sich fast unablässig wiederholen können, gewinnt das Benehmen der Kranken unter Umständen einen sehr absonderlichen Anstrich. Ihre Wurzeln hat diese Störung in den bekannten abergläubischen Schutzhandlungen der Gesunden, dem Ausspeien, Kreuzschlagen, Klopfen unter den Tisch, ferner in den entsprechenden, weit verbreiteten Gewohnheiten der Naturvölker.

Die ängstliche Unsicherheit, die bei der Zweifelsucht die Kranken zwingt, fortwährend ihr früheres Handeln und dessen mögliche Folgen wiederzukäuen, kann ihnen ebenso auch Gegenwart und Zukunft vergiften. Der gesunden Erfahrung begreiflich erscheinen die Angstzustände, welche sich dann einstellen, wenn die Kranken die allgemeine Aufmerksamkeit auf sich gerichtet wissen, besonders bei öffentlichen Reden, Gerichtsverhandlungen, Vorträgen. Sie fürchten, sich zu blamieren, etwas recht Dummes zu sagen, stecken zu bleiben. Jede nähere Berührung mit Fremden wird ein Anstoss zum Auftauchen lästiger Gefühle; sie mögen nicht angeblickt werden, mit Niemandem in ein Gespräch kommen, nicht im Strassenbahnwagen Jemandem gegenübersitzen. Diesen Zuständen entspricht der hindernde Einfluss, den überall die „Befangenheit“ auf die Sicherheit von Leistungen auszuüben pflegt, die sonst mit der grössten Leichtigkeit von-

statten gehen, jenes Gefühl völligen Schwindens aller Gedanken, welches den ungeübten Redner bisweilen plötzlich auf das peinlichste in dem Flusse seines Trinkspruches unterbricht.

Solche Kranke werden unsicher und linkisch im Verkehr, weil sie nicht unbefangen sein können, sondern immer daran denken müssen, welchen Eindruck sie wohl machen. Sie haben namentlich mit den allergrössten Schwierigkeiten zu kämpfen, um Prüfungen zu bestehen. Obgleich sie vielleicht den Stoff längst vollkommen beherrschen, zwingt sie das Examensfieber, vorher in der unsinnigsten Weise Tage und Nächte zur letzten Vorbereitung zu benutzen; sobald aber der entscheidende Augenblick gekommen ist, wird die Angst so stark, dass sie alle anderen Rücksichten vergessen und plötzlich noch zurücktreten, auch wohl ohne weiteres davonreisen. So mancher sonst gut begabte, derart veranlagte junge Mann scheitert in anscheinend unbegreiflicher Weise an der Klippe krankhafter Examensangst. Ich habe wiederholt Gelegenheit gehabt, mit Hilfe einfacher oder hypnotischer Beeinflussung solche Kranke durch die Fährnisse der hochnotpeinlichen Prüfung in das ruhigere Fahrwasser einer geregelten Berufstätigkeit hinüberzuretten. In den höchsten Graden des Leidens sind die Kranken nicht imstande, zu schreiben, zu gehen, zu essen, Urin zu lassen, sobald sie sich beobachtet wissen, während sie sonst keinerlei Störungen des Handelns darbieten. Ein Postbeamter lebte in beständiger Furcht, seine Stellung zu verlieren, weil er nicht einmal seinen Namen zu schreiben vermöge, wenn man ihm zusehe; sonst könnte er eigentlich so recht glücklich und sorgenfrei sein.

Ganz eng an die geschilderten Zustände schliesst sich die Furcht vor dem Erröten*) an (Erythrophobie). Die Kranken erröten ungemein leicht und geraten gerade dadurch in eine Verlegenheit, die ihr Leiden immer mehr steigert. Bei jedem beliebigen Anlasse, wenn Jemand ins Zimmer tritt, wenn ihr Name genannt, wenn von peinlichen Vorkommnissen gesprochen wird, tritt ihnen das Blut ins Gesicht. Daran knüpft sich die Befürchtung, dass man wegen ihres Errötens glauben könnte, sie hätten sich etwas zu schulden kommen lassen, seien an dem Diebstahl, dem

*) Friedländer, Neurol. Centralblatt 1900, 848.

Sittlichkeitsvergehen, von dem gerade gesprochen wurde, irgendwie beteiligt, hätten überhaupt kein gutes Gewissen. Ihre Unsicherheit im Verkehr mit der Umgebung steigert sich dadurch nicht selten bis zur vollkommenen Menschenscheu und zum Lebensüberdrusse. Im Dunkeln und nahen Bekannten oder eingeweihten Personen gegenüber bleibt das Erröten aus.

Manche Kranke werden den Gedanken nicht los, irgend etwas Auffallendes oder Lächerliches an sich zu tragen, eine merkwürdig geformte Nase, krumme Beine, einen unangenehmen Geruch an sich zu haben und dadurch die Aufmerksamkeit und den Spott der Begegnenden hervorrufen, ihrer Umgebung unangenehm zu sein. Ein Arzt wurde in seiner Untersuchung auf das empfindlichste durch die Vermutung gestört, dass es den Kranken zuwider sei, wenn er sie ansehe. Einem meiner Kranken war der Gedanke durch den Kopf geschossen, dass man ihn möglicherweise einmal beim Onanieren von einem gegenüberliegenden Hause bemerkt habe; er konnte nun auch in ganz anderen Gegenden die Befürchtung nicht los werden, dass man ihn deswegen ansehe, Bemerkungen über ihn mache, obgleich er sich der Sinnlosigkeit dieser Vorstellung vollkommen bewusst war. Noch andere fürchten, sich unpassend zu benehmen, auf dem Abtritte beobachtet, in peinlicher Lage von Harndrang oder Blähungen überfallen, von einem Betrunkenen belästigt zu werden, ja sie fürchten sich schliesslich vor ihren eigenen, sie in ihrer Bewegungsfreiheit hochgradig beeinträchtigenden Befürchtungen. Einzelnen erscheint schon der Stuhlgang an sich als etwas so Beschämendes, dass er ihnen Beklemmungen verursacht; sie suchen ihn daher nach Möglichkeit zu vermeiden und schränken ihr Nahrungsbedürfnis ein.

Ebenfalls in diese Gruppe von Störungen gehört die hie und da beobachtete Kleiderangst. Wie der Gesunde sich bisweilen in einem neuen Anzuge zunächst nicht recht wohl fühlt, so entsteht hier, namentlich beim erstmaligen Tragen eines Kleidungsstückes, ein sehr lebhaftes Unbehagen, welches sich mit bestimmten körperlichen Empfindungen verbinden kann. Die Kranken merken deutlich, dass die Ärmel drücken, die Taille nicht ganz gerade sitzt, der Schuh zu kurz ist — aber trotz zahlloser Änderungen bleibt alles beim Alten, so dass die Kranken schliesslich überhaupt

neue Kleidungsstücke nicht mehr ertragen können, immerfort an dieselben denken müssen und erst dann aufatmen, wenn sie die gewohnten Kleider wieder haben. In einzelnen Fällen kann es dahin kommen, dass die Kranken, wenn ihre Kleider zu sehr verschlissen sind, allen Ernstes dauerndes Bettliegen als einzigen Ausweg ins Auge fassen, obgleich sie über die Lächerlichkeit dieses Auskunftsmittels völlig im klaren sind.

Wenn sich alle diese Erscheinungen als krankhafte Übertreibungen jener zweckmässigen, leisen Gefühlsregungen darstellen, welche auch das gesunde Handeln fortgesetzt begleiten, so haben wir in gewissen Befürchtungen abergläubischen Inhalts verzerrte Äusserungen der mystischen Neigungen des Menschen vor uns. Entsprechend der verbreiteten Furcht vor der Zahl 13, vor der Unheil verkündenden Begegnung mit alten Weibern u. s. f., begegnen wir bei Kranken der Angst vor einzelnen Gegenständen, Wochentagen, Worten, Farben und namentlich Zahlen, der Idee, durch ein bestimmtes Tun oder Lassen Unheil heraufzubeschwören. Natürlich werden sie durch solche Besorgnisse zu allerlei Sicherheitsmassregeln veranlasst. Auch hier kommt es zu einer Art „Paktieren" mit dem Schicksal, zu eigentümlichen Gewohnheiten, welche dem Kranken Beruhigung verschaffen, auch wenn er ihre Unsinnigkeit durchaus anerkennt. Dahin gehört das anscheinend sinnlose Wiederholen oder Unterlassen gleichgültiger Handlungen, das geflissentliche Vermeiden oder Aufsuchen und Aussprechen einzelner Zahlen oder Worte, die Ausführung bestimmter, an sich zweckloser Bewegungen, das Innehalten der gleichen Reihenfolge bei gewissen Beschäftigungen, Antreten mit einem bestimmten Fusse, das zwangsmässige Beachten hergebrachter oder selbsterfundener Vorbedeutungen.

Die mächtigsten Gefühlsschwankungen liefert das unmittelbare körperliche Wohl und Wehe. Manche Kranke spüren allerlei merkwürdige Empfindungen an ihrem Körper, die sie beunruhigen. Namentlich beim Einschlafen erscheint ihnen der Kopf riesengross, die Arme und der Leib zusammengeschrumpft; auch die Gegenstände im Zimmer werden bald klein, bald gross, nähern sich oder rücken in unendliche Ferne, Empfindungen, die auch dem Gesunden im Halbwachen nicht ganz fremd sind. Andere

haben das unangenehme Gefühl des Harnträufelns, oder als wenn Käfer aus den Körperöffnungen herauskröchen, als wenn der Körper schief wäre. Sie fürchten daher geisteskrank, paralytisch zu werden, einen Schlaganfall zu bekommen, an „Vaguslähmung“ zugrunde zu gehen. Ein Kranker lebte in der grössten Angst, so lange die Wartezeit bei seiner Lebensversicherung nicht abgelaufen war; ein anderer telegraphierte plötzlich an seine Angehörigen, dass er am Herzschlag sterbe. Andere glauben an Syphilis zu leiden, von einem tollen Hunde gebissen worden zu sein. Ein Kranker, der seit langer Zeit von dieser Zwangsbefürchtung heimgesucht war, bat mich umgehend um Nachricht, ob nicht ein Mann, dessen Namen er in der Klinik gehört hatte, einmal von einem Hunde gebissen worden sei; sein ganzes Lebensglück hänge an dieser Auskunft.

Alle diese Kranken kommen immer und immer wieder zum Arzte. Obgleich sie es gewöhnlich lernen, ihre krankhaften Zustände in ihrem Innern zu verschliessen, haben sie doch das dringende Bedürfnis, hie und da sich einmal darüber auszusprechen, und fühlen sich jedesmal für einige Zeit wesentlich beruhigt. Da sie etwas zu vergessen fürchten, so erscheinen sie beim Arzte mit einer Menge von Aufzeichnungen, mit einem Fragebogen, überreichen ihre schriftliche Krankengeschichte, weil sie zweifeln, ob sie bei der mündlichen Erzählung alles in rechter Ordnung und im Zusammenhange würden vorbringen können. Vielfach fallen sie Quacksalbern in die Hände. Ein Schuhmachergeselle kaufte sich für 10 Mark ein Elektrophor, um seine Nervenkraft zu regenerieren. Andere wägen auf das genaueste ihre Speisen ab, versuchen sich in den verschiedenartigsten Kuren.

An die hypochondrischen Befürchtungen reiht sich die Angst, vom Blitze erschlagen (Reuters „Dorchläuchting“), scheintot begraben zu werden. Die Kranken suchen daher alle möglichen Vorsichtsmassregeln zu treffen, damit sie sicher sterben, hinterlegen überall genaue Bestimmungen über die Behandlung ihrer Leiche. Einzelne haben eine unsinnige Angst vor dem Regenbogen, vor Schlangen, Katzen, Fröschen; sie fürchten, dass ihnen Käfer ins Ohr kriechen, dass sie sich verbrennen könnten. Auch ganz harmlose Gegenstände können solche unangenehmen Erregungen hervorrufen. Ich kannte einen sonst ganz verständigen

Kranken, der um keinen Preis dazu zu bringen war, in einen Spiegel zu sehen. Anderen drängt sich auf der Strasse zwangsmässig der Gedanke auf, dass ein Stein, ein Mensch vom Dache auf sie fallen werde; ob es wohl ein Mann oder eine Frau sein wird?

Ein sehr ergiebiges Feld für Zwangsbefürchtungen liefern auch die geschlechtlichen Beziehungen. Die Scheu vor denselben vereitelt häufig genug den Geschlechtsakt. Bei jungen Bräuten führt die krankhafte Angst, den Mann nicht glücklich machen zu können, ihn nicht recht zu lieben, nicht selten zum Verzichte auf die Ehe. Auch die zwangsmässige Eifersucht ist hier zu nennen, die den Kranken veranlasst, gegen seine Überzeugung immer wieder nach neuer Sicherheit für die Treue seiner Gattin zu suchen. Im Gegensatze zu dem Eifersuchtswahne wünscht und erwartet der Kranke hier nicht ihre Untreue, sondern ihre Zuverlässigkeit nachzuweisen, um den quälenden Zweifel immer von neuem zu entwaffnen.

Eine Reihe der hier geschilderten Störungen bilden schon den Übergang zu jenen bei ganz bestimmten Anlässen auftretenden Angstzuständen, die man als „Phobien“ zu bezeichnen pflegt, so die Angst vor dem Erröten, vor Gewittern. Eine scharfe Grenze gegenüber der allgemeinen Ängstlichkeit ist um so weniger zu ziehen, als die verschiedensten Formen dieser Störung sich häufig genug miteinander verbinden oder auseinander entwickeln. Immerhin sind die Phobien gekennzeichnet durch das plötzliche Auftreten heftiger Angstzustände im Anschlusse an den allgemeinen Gedanken an irgend eine Gefahr. Zugleich stellen sich die entsprechenden körperlichen Zeichen ein, heftiges Herzklopfen, Blässe, Beklemmungsgefühle, Zittern, kalter Schweiss, Übelkeit, Meteorismus, Durchfälle, Polyurie, Schwäche in den Beinen, Ohnmachtsanwandlungen, so dass der Kranke vollständig die Herrschaft über seine Glieder verliert und unter Umständen einfach zusammenbricht. Diese Zustände erinnern sehr an die Angstgefühle, die auch dem gesunden Menschen angesichts einer peinlichen Lage oder einer ernsten Gefahr die Ruhe der Überlegung und die Sicherheit der Bewegung rauben können.

Die Anlässe, bei denen solche Angstanfälle auftreten, sind sehr verschiedene, doch begegnen uns gewisse Formen der Stö-

rung mit merkwürdiger Regelmässigkeit immer wieder, nicht selten eine ganze Anzahl bei demselben Kranken. Am bekanntesten ist vielleicht die Platzangst*) (Agoraphobie) geworden. Es handelt sich hier um die Unfähigkeit, allein über einen grossen, menschenleeren Platz oder durch eine lange, weite Strasse zu schreiten. Dieses Hinaustreten ist, wie Janet bemerkt, gewissermassen ein aufdringliches Sinnbild für das Verlassen des häuslichen Schutzes. Bei jedem Versuche dazu überfällt den Kranken jene namenlose Angst, die es ihm unmöglich macht, weiter zu gehen. Die Begleitung eines Knaben, das Hinterhergehen hinter einem anderen Menschen oder einem Wagen, das Festhalten an den Häusern genügt oft schon, um die lähmende Angst vollständig zu überwinden. In den höheren Graden ist der Kranke überhaupt nicht imstande, auf die Strasse zu gehen, das Zimmer zu verlassen, ja es kann soweit kommen, dass er sich kaum oder doch nur mit grösstem Unbehagen aus dem Schutze seines Bettes herauswagt. Andererseits kann sich die Furcht vor dem Alleinsein hinzugesellen. Ich kannte einen durch langwierige Verdauungsstörungen sehr heruntergekommenen Herrn, der monatelang Tag und Nacht immer Jemanden um sich haben musste. Später, mit der Besserung des körperlichen Zustandes, verlor sich diese Erscheinung, aber die Platzangst bestand in allmählich abnehmender Stärke fort. Schliesslich konnte der Kranke auch diesen Zuständen vorbeugen, indem er sich bei seinen Ausgängen stets mit einem Priessnitzschen Umschlage und einem Fläschchen Valerianatinktur versah. Obgleich er von beiden Mitteln nie Gebrauch machte und sich der Unsinnigkeit seiner Massregel bewusst war, genügte dieselbe doch, das sonst unfehlbare Auftreten der Angst zu verhindern.

Der Platzangst nahe verwandt ist die auch bei gesunden Menschen in verschiedenen Graden sehr häufige Höhenangst, das Gefühl stärksten ängstlichen Unbehagens beim Stehen auf hohen Türmen, am Rande von Abgründen, beim Gehen über Brücken, selbst wo nicht die mindeste wirkliche Gefahr eines Herabfallens vorhanden ist; ebendahin gehört die bei nervösen Schwimmern

*) Westphal, Archiv f. Psychiatrie III, 138; Cordes, ebenda III, 521; X, 48.

nicht selten Angst vor dem Schwimmen in tiefem Wasser. Ferner können sich bei unseren Kranken Angstzufälle in grossen, weiten Räumen, in Kirchen und Theatern, in grossem Gedränge, beim Alleinsein in der Dunkelheit (Nyktophobie), bei geschlossenen oder geöffneten Türen (Claustrophobie und Claustrophilie), auf freiem Felde, beim Fahren auf dem Wasser oder in der Eisenbahn, besonders durch Tunnels, einstellen. Manche Kranke sind daher ausserstande, Vergnügungen, Gesellschaften, den Gottesdienst zu besuchen, oder sie müssen sich wenigstens ein Plätzchen an der Ecke, nahe bei der Türe sichern, um sich durch die Möglichkeit einer schleunigen Flucht zu beruhigen. Andere können sich überhaupt nicht weit von Hause entfernen, teils deswegen, weil ihnen die Benutzung der Verkehrsmittel unmöglich ist, teils darum, weil sie auf Schritt und Tritt die Angst verfolgt, dass ihnen in der Ferne irgend etwas zustossen könnte. Sobald sie ihr Heim wieder erreicht haben, ist sofort alle Beunruhigung verschwunden.

Sehr vielgestaltige Phobien können sich, wenn Janets Auffassung richtig ist, im Anschlusse an die Berufsbeschäftigung entwickeln. Die allgemeine Erschwerung der Willkürhandlungen, so nimmt er an, macht sich bei der täglichen Arbeit der Kranken in solchem Grade geltend, dass dieselbe zur Quelle von heftigen Angstzuständen werden kann. Je nach der Art der Tätigkeit soll unter Umständen schon das einfache Stehen oder Sitzen („Akathisie“), kurz die Einleitung der gewohnten Arbeit unwillkürlich die Angstanfälle auslösen. Den Schneider erfasst die „Phobie du métier“ beim Anblicke der Schere, den Barbier beim Erblicken des Rasiermessers, den Telegraphisten an seinem Apparate. Auf diese „Aboulie professionelle“ soll bisweilen sogar das zwecklose Herumreisen zurückzuführen sein, wie es bei Psychopathen vorkommt; sie sollen von der Angst vor geregelter Tätigkeit getrieben werden. Ob diese letztere Deutung, die sich auch auf das Schulschwänzen beruft, in irgend weiterem Umfange zutrifft, ist mir recht zweifelhaft. Dem „Wandertriebe“, der vielfach auf epileptische Verstimmungen, öfters auch auf plötzliche Antriebe bei willensschwachen Psychopathen zurückgeht, fehlt gegenüber den Phobien durchaus das regelmässige, zwangsartige Auftreten bei ganz bestimmtem äusseren Anlasse. Eher könnte

man schon von einer Phobie sprechen bei der ebenfalls von Janet erwähnten „Furcht vor dem Aufhören“ irgend einer Tätigkeit. Die tiefere Grundlage dürfte hier das Gefühl der unvollkommenen Leistung sein, wie wir es bei der Zweifelsucht kennen gelernt haben.

Ebenfalls den Phobien pflegt man ferner die namentlich beim weiblichen Geschlechte weit verbreitete Furcht vor Schmutz (Mysophobie), Ansteckung und Vergiftung, vor Nadeln und Glasscherben zuzurechnen. Neuerdings knüpfen sich diese Befürchtungen gern an die modernen Vorstellungen von der Ansteckung durch mikroskopische Krankheitserreger an. Der Kranke merkt überall „schlechte Luft“, reisst alle Fenster auf; er fürchtet sich, Messing oder Kupfer (Türklinken, Geld) wegen der Gefahr der Grünspanvergiftung zu berühren, kann nichts zu sich nehmen, ohne es immerfort auf Nadeln und Glasscherben zu untersuchen, die er etwa mit verschlucken, in seinen Kleidern verschleppen könnte. Er schrickt zusammen, wenn er Glas klirren hört, flieht vor allen Flüssigkeiten, die nach seiner Ansicht Gift enthalten könnten, und fühlt sich keinen Augenblick sicher, ob er nicht irgendwo durch Anstreifen einen gefährlichen Ansteckungsstoff aufgefangen habe, der sich nun auch noch weiter auf andere Personen übertragen könnte. Er hätte auf einen glänzenden Punkt im Essen aufmerksam machen sollen, der möglicherweise eine Stecknadel war und nun vielleicht einem Menschen den Tod gebracht hat. Auch Bücher sind ihm sehr verdächtige Ansteckungsträger.

Aus der Besorgnis, etwas zu verschleppen, sich zu verunreinigen, entspringt die Berührungsfurcht, das „délire du toucher“. Alle Nadeln werden aus dem Hause verbannt; es darf nicht mehr genäht werden; Niemand darf die Wäsche anrühren; die Fenster werden nicht mehr geputzt, da sie sonst zerbrechen und zum Ausstreuen von Splittern Veranlassung geben könnten. Der Kranke entwickelt eine peinliche, alle anderen Rücksichten in den Hintergrund drängende Reinlichkeitsliebe, die sich im Anfange vielleicht noch innerhalb der hier sehr dehnbaren Gesundheitsgrenzen hält, später aber nicht selten eine derartige Ausdehnung annimmt, dass sie ihm selbst und noch mehr seiner Umgebung das Leben aufs äusserste verbittert. Mit der grössten Sorgfalt sucht der Kranke alle Berührungen, namentlich die un-

mittelbaren, zu vermeiden, gibt nicht die Hand, öffnet die Klinken mit dem Ellenbogen, fasst alles mit Papierläppchen an, trägt möglichst Handschuhe. Hat aber doch eine Berührung stattgefunden, so werden sofort nach einem oft sehr durchdachten Plane die umfangreichsten Waschungen vorgenommen, die sich nicht nur auf die Hände, sondern auf den ganzen Körper, sogar auf Möbel und Kleidungsstücke erstrecken können. Bisweilen sind es nur Berührungen bestimmter Art, welche diese Handlungen hervorrufen, während andere den Kranken gleichgültig lassen, ja, die Kranken sind trotz ihrer Angst vor dem Schmutze öfters sogar ziemlich unsauber, tragen ihre Wäsche, die sie selber reinigen, bis zum äussersten. Natürlich wird durch die ganz ins Ungeheuerliche gehenden Waschungen mehr und mehr die gesamte Zeit des Kranken in Anspruch genommen, so dass er schliesslich zur Erfüllung seiner sonstigen Pflichten völlig unfähig wird. Eine Kranke Tamburinis bedurfte täglich je 3—4 Stunden zum Aus- und Ankleiden, verbrauchte beim Waschen 20 Handtücher und musste sich schon waschen, wenn sie nur die Verkäufer auf der Strasse ihre schmutzigen Waren ausrufen hörte. Ein wenigstens ungefähres Verständnis für die Unsinnigkeit dieses Treibens ist trotz der Unmöglichkeit, davon abzulassen, regelmässig vorhanden.

Eine gemeinsame Eigentümlichkeit fast aller Arten von „Phobien“ sind die „Krisen“. Die Kranken können leidlich ruhig erscheinen, so lange sie die Möglichkeit haben, durch die von ihnen selbst allmählich ausgebildeten Verfahren die drohenden Stürme in ihrem Innern zu beschwören. Sobald man sie jedoch zwingt, das von ihnen Gefürchtete zu tun, oder sie daran hindert, jene Schutzmassregeln zu treffen, welche sie beruhigen, entwickeln sich ungemein schnell die lebhaftesten ängstlichen Aufregungszustände. Nicht selten verbindet sich damit aber auch eine Art Zorn mit rücksichtsloser Empörung wider den von aussen gegen die krankhaften Erscheinungen gerichteten Zwang. Es ist oft ganz erstaunlich, wie der bis dahin einsichtige und selbst die Befreiung von seinem Leiden herbeisehnende Kranke plötzlich vollkommen umgewandelt erscheint und sich auf das leidenschaftlichste gegen den Helfer auflehnt, sobald derselbe versucht, wirklich den Kampf mit der psychischen Störung aufzunehmen. Gelingt es trotzdem, den Widerstand des Kranken zu überwinden und

ihn zum steten Kampfe mit seinen krankhaften Neigungen zu zwingen, so bemächtigt sich seiner oft eine tiefe, andauernde Depression, ein Druck, der erst dann dem Gefühle der Erleichterung weicht, wenn der Kranke imstande war, sich nach seiner eigenen Art Ruhe zu verschaffen. Freilich geht dann regelmässig in dem fruchtlosen Kampfe mit der Krankheit ein gutes Teil der geistigen und körperlichen Arbeitsfähigkeit verloren.

In einer letzten Reihe von Fällen sehen wir die Zwangsbefürchtungen anscheinend die Form von Antrieben gewinnen. In Wirklichkeit haben wir es jedoch nur mit Befürchtungen zu tun, die sich gegen die vermeintlich aus dem eigenen Innern drohenden Gefahren richten. Janet hat mit Recht darauf hingewiesen, dass die Antriebe sich immer gerade auf diejenigen Handlungen richten, die dem Kranken als besonders peinliche oder verabscheuungswürdige vorschweben. So drängt sich dem Kranken die Frage auf: Was würde geschehen, wenn Du mit dem daliegenden Messer einen Menschen, Dein Kind töten, dem Dich trauenden Geistlichen plötzlich eine Ohrfeige geben, im Theater mit einem Male auf die Bühne springen würdest? Wunden, Geschwüre fordern ihn zum Berühren, Kothaufen zum Herumwühlen auf; ihm scheint, dass er alles mit Urin oder Sperma besudeln müsse. Religiöse Beängstigungen führen zu der Vorstellung, die Hostie beschmutzen, mit den Genitalien in Berührung bringen zu müssen. Andere Kranke denken daran, dass sie Kindern Nadeln in den Kopf bohren, ihnen den Hals abschneiden, sie geschlechtlich missbrauchen, das Tafelsilber stehlen, sich selbst oder Anderen den Bauch aufschlitzen müssten. Meist sind es gerade geliebte Personen, an die sich diese Gedanken anknüpfen. Bisweilen gesellen sich auch einzelne Täuschungen hinzu; die Kranken sehen ein blutiges Messer vor dem Auge schweben, werden von dem Bilde verfolgt, wie eine Hostie besudelt wird; sie fühlen, wie sich ihre Arme und Hände verlängern, um in einen fernen Schmutzhaufen zu greifen, glauben den Schrei zu hören, den sie vermeintlich in der Kirche ausgestossen haben. Daraus entspringt dann die Furcht vor allen äusseren Anlässen, welche derartige Antriebe wachrufen könnten. Die Kranken wagen es nicht mehr, Feierlichkeiten beizuwohnen, geraten in äusserste Angst vor allen gefährlichen Werkzeugen. Einer meiner Kranken, ein überaus gut-

mütiger, weichherziger Mensch, musste schon von weitem allen Arbeitern aus dem Wege gehen, die Äxte, Sägen u. dgl. trugen, weil ihm deren Anblick immer die Befürchtung aufdrängte, er könnte vielleicht Jemanden umbringen. Manche Kranke lassen sich einschliessen, festbinden, um diesen Antrieben widerstehen zu können. Tatsächlich kommt es jedoch hier niemals zu Handlungen; höchstens kann es vorkommen, dass die Kranken einmal der Versuchung nicht zu widerstehen vermögen, bei besonders feierlicher Gelegenheit zu fluchen oder im Gebete anstelle der beabsichtigten Worte gotteslästerliche oder obscöne Wendungen zu setzen („Koprolalie").

Das Bewusstsein aller dieser Kranken ist dauernd vollkommen klar. Sie behalten auch fast immer ein gutes Verständnis für die Krankhaftigkeit ihres Zustandes und haben den Wunsch, aber nicht die Kraft, sich aus demselben zu befreien. Sie wissen ganz genau, dass ihnen keine wirkliche Gefahr droht, dass sie nichts begangen haben, aber die „Angst vor der Angst" ist doch so mächtig, dass sie immer wieder überwältigt werden. Ihr gänzlicher Mangel am Selbstvertrauen zeigt sich deutlich in der hilflosen Abhängigkeit, in der sie so oft von den Vertrauenspersonen stehen, die ihnen immer und immer wieder die Grundlosigkeit ihrer Befürchtungen versichern und dadurch die Beruhigung geben müssen, zu der sie aus eigener Kraft nicht gelangen können. Darum suchen sie auch meist sehr gern den Arzt auf, zu dem sie besonders die ungemein häufige Befürchtung treibt, bei weiterer Entwicklung ihres Leidens in schwere Geistesstörung zu verfallen.

Diese Unsicherheit steht bisweilen in auffallendem Widerspruche mit ihrem Mute bei wirklichen Gefahren. Vielfach sind aber die Kranken von jeher sehr weiche, unselbständige, willensschwache Naturen, die gewohnt waren, sich auf Andere zu stützen. In ihrem Benehmen und Handeln bieten die Kranken meist nichts Auffallendes, zumal sie sich Fremden gegenüber oft vorzüglich zu beherrschen wissen. Dennoch entwickelt sich bei den Kranken ausnahmslos eine allmählich fortschreitende Einschränkung der gesamten Lebensbeziehungen. Sie suchen nach Möglichkeit jedem Anlasse zum Auftauchen der peinigenden Störung aus dem Wege zu gehen und bewegen sich daher in immer engerem Kreise.

da die Macht und die Ausdehnung des Leidens mit dem Sinken des Selbstvertrauens allmählich zuzunehmen pflegt. Daraus entspringt dann regelmässig auch eine Vereinsamung, eine Absperrung des Kranken vom Verkehr, da seine Unfreiheit ihm nicht gestattet, den gewöhnlichen Anforderungen desselben nachzukommen, und da namentlich die Berührung mit Fernerstehenden aus naheliegenden Gründen eine ergiebige Quelle der hier geschilderten Störungen bildet. In den schwereren Gestaltungen des Leidens wird das tägliche Handeln und damit die Fähigkeit zu selbständiger Lebensführung auf das stärkste in Mitleidenschaft gezogen. Die Schutzmassregeln des Kranken zur Bekämpfung seiner Angst können dann seine ganze Aufmerksamkeit derart in Anspruch nehmen, dass er alles Andere darüber verwahrlosen lässt. Er kann sie um seiner Ruhe willen nicht unterlassen, auch wenn er sich ihrer Lächerlichkeit und Abgeschmacktheit klar bewusst ist. In weit vorgeschrittenen, veralteten Fällen kann sich der Kranke schliesslich auch derart in sein Leiden einleben, dass er die ganze Ungeheuerlichkeit seines Treibens nicht mehr recht übersieht.

Der Verlauf der hier beschriebenen Störungen ist im ganzen ein schwankender. Völliges Verschwinden der Krankheitszeichen kommt selten und immer nur vorübergehend vor. Dagegen werden erhebliche Nachlässe und ebenso rasche Verschlimmerungen vielfach beobachtet. Die Entstehung des Leidens pflegt bis in die Jugendzeit oder doch ins Entwicklungsalter zurückzureichen. Ungemein häufig gibt irgend ein äusserer Anlass, eine Gemütsbewegung, ein hingeworfenes Wort, eine auffallende Lebenserfahrung den ersten Anstoss zum Auftauchen der Krankheitserscheinungen. Bei einer meiner Kranken begann die „Waschmanie“ nach dem Samariterunterricht, in welchem eindringlich die Gefahren der Wundansteckung besprochen worden waren. Ein Kranker mit Furcht vor tollen Hunden war in seiner Jugend einmal von einem Hunde angefallen worden. In anderen Fällen treten die Störungen bei irgend einem körperlichen Unwohlsein, nach einer fieberhaften Erkrankung, einer Entfettungskur, im Wochenbett, während der Laktation, infolge von Überarbeitung zum ersten Male hervor. Ganz besondere ursächliche Wichtigkeit wird von manchen Ärzten dem Congressus interruptus, ferner der Onanie

beigelegt. Gerade die Geringfügigkeit und Verschiedenartigkeit solcher äusseren Anlässe zeigt deutlich genug, dass die wesentliche Ursache der eigenartigen Krankheitserscheinungen ausschliesslich in der besonderen Veranlagung der gesamten Persönlichkeit zu suchen ist. Regelmässig lässt sich hier bei einzelnen oder mehreren Familiengliedern die Neigung zu peinlicher Ordnungsliebe, übertriebener Ängstlichkeit oder Schwarzseherei nachweisen, selbst wenn ausgebildetere Psychosen nicht vorgekommen sind. Auch die Kranken selber pflegen von Jugend auf schon die Andeutungen jener Eigentümlichkeiten darzubieten, als deren Zerrbild sich die spätere Störung auffassen lässt.

Die Prognose des Zwangsirreseins ist im allgemeinen eine ungünstige. Zwar gelingt es nicht selten, namentlich bei den einfachen Zwangsvorstellungen, der Platzangst und den verwandten Erscheinungen, die krankhaften Störungen für kürzere oder längere Zeit zum Schwinden zu bringen, aber die Gefahr von Rückfällen ist bei der tief wurzelnden Grundursache stets eine ausserordentlich grosse. Man wird daher gut tun, gegen die nicht selten berichteten Heilungen des Zwangsirreseins etwas misstrauisch zu sein. Immerhin gibt es so manche Fälle, in denen auffallendere Störungen vielleicht nur einmal unter besonders ungünstigen Bedingungen auftreten und demnach auch dauernd beseitigt werden können. Bei der Grübelsucht, der Zweifelsucht, der Berührungsfurcht scheinen die Aussichten auf Besserung sehr geringe zu sein; hier wird sogar häufiger ein im ganzen fortschreitender Verlauf beobachtet. Dagegen kommt ein Übergang des Leidens in andere Geistesstörungen, wie ihn die Kranken immer befürchten, nicht vor.

Die Erkennung dieser Zustände bietet in ausgeprägten Fällen keinerlei Schwierigkeit. Die leichteren Formen gehen allmählich in entsprechende, auch dem gesunden Leben bekannte Erscheinungen über. Andererseits können die Zeichen des Zwangsirreseins vorübergehend auch bei einer Reihe von anderen Geistesstörungen auftreten, ganz besonders in den Depressionszuständen des manisch-depressiven Irreseins, auf deren tiefere klinische Verwandtschaft mit verschiedenen Gestaltungen des Entartungsirreseins wir schon früher hingewiesen haben. Ich habe es wiederholt erlebt, dass sehr ausgeprägte Zwangsvorstellungen

mit einer plötzlich einsetzenden Verstimmung aufgetreten und nach längerer Dauer ebenso wieder geschwunden sind; auch periodische Wiederkehr derartiger Anfälle ist nicht gerade selten. Mir scheint daher der Gedanke nahe zu liegen, dass die Hemmung, die wir so häufig beim manisch-depressiven Irresein beobachten, aus einer ähnlichen Wurzel entspringt wie die ängstliche Unfähigkeit der Entarteten. Dass die zweifelsüchtigen Selbstbeschuldigungen vielfach an die Versündigungsideen der Cirkulären erinnern, bedarf keiner weiteren Ausführung.

Von weiterreichender Bedeutung ist vielleicht ferner die Tatsache, dass wir beim Zwangsirresein einer Reihe von Störungen wieder begegnen, die wir, allerdings in anderer Form, bei der Dementia praecox kennen gelernt haben. Dem Negativismus dort entspricht bis zu einem gewissen Grade die Menschenscheu hier, die Abschliessung von der Umgebung, der Stereotypie das unablässige, einförmige „Wiederkäuen“ derselben Gedanken, der Impulsivität das Auftreten unvermittelter Antriebe, der Verschrobenheit die Entwicklung der absonderlichen Ausdrucksbewegungen und Schutzhandlungen. Dieser Parallelismus der Störungen ist gewiss kein zufälliger. Er hat seinen Grund, wie ich glaube, in dem Umstande, dass wir es bei beiden Krankheitsgruppen mit ausgeprägten Willensstörungen zu tun haben, die natürlich in ähnlichen Richtungen und Formen zur Entwicklung kommen. Indessen diese Ähnlichkeit ist doch nur eine rein äusserliche, wenn sie auch bei dem Gebahren der Kranken unter Umständen sehr in die Augen springt. Während wir es bei der Dementia praecox mit reinen und ursprünglichen Willensstörungen zu tun haben, die dem Kranken selbst oft als der Ausdruck fremder Beeinflussung erscheinen, lässt sich hier als Ausgangspunkt immer die Angst erweisen; auch die anscheinend unsinnigsten Handlungen der Kranken sind der Ausfluss bestimmter Vorstellungen und Gemütsbewegungen, über deren Art und Inhalt die Kranken meist auch genaue Auskunft zu geben vermögen. Darum bleiben hier auch regelmässig weite Gebiete des Handelns von der Störung unberührt, und die Kranken behalten ein gewisses, oft sogar recht gutes Verständnis für ihr Leiden. Dort dagegen werden die Willkürhandlungen insgesamt in Mitleidenschaft gezogen, und das Hinübergreifen der Erkrankung auf die übrigen psychischen Lei-

stungen vernichtet auch die Einsicht in die Veränderung, die sie erzeugt hat.

Die Behandlung des Zwangsirreseins fällt zum Teil mit dem allgemeinen Kampfe gegen die Entartung zusammen. Gegen die eigentlichen Krankheitserscheinungen hilft, soviel ich sehe, nur eine ausdauernde, geduldige Erziehung, welche allmählich das stark gesunkene Selbstvertrauen wieder zu heben und den Kranken Schritt für Schritt zum Siege über den krankhaften Zwang zu führen sucht. Es ist nützlich, den Kranken über die Eigenart seines Leidens und die Bedeutung der einzelnen Störungen möglichst sachlich aufzuklären. Man wird ihn dabei auf die Notwendigkeit hinweisen, der Macht des psychischen Zwanges nicht durch besondere Willensanspannung, die das Übel nur zu vergrössern pflegt, sondern durch Ablenkung zu begegnen. Gelegentliche Besprechungen mit einem verständnisvollen Arzte pflegen den Kranken sehr zu beruhigen und ihm Kraft zu neuem Kampfe mit seiner krankhaften Veranlagung zu geben. Zur Unterstützung, namentlich in den Krisen, dient zweckmässig die hypnotische Suggestion, doch hilft sie nur vorübergehend und versagt in schweren Fällen vielfach. Vor der Anwendung stark wirkender Arzneimittel, ganz besonders des Morphiums, ist wegen der Gefahr der Gewöhnung dringend zu warnen; ich halte daher die von Dornblüth empfohlene planmässige Opiumbehandlung für ausserordentlich bedenklich. Auch mit dem Alkohol sei man aus diesem Grunde vorsichtig, obgleich kleine Gaben öfters dem Auftreten der Angst in vorzüglicher Weise vorbeugen.

E. Das impulsive Irresein.

Unter der vorläufigen Bezeichnung des impulsiven Irreseins wollen wir alle diejenigen Formen des Entartungsirreseins zusammenfassen, denen die Entwicklung krankhafter Neigungen und Triebe eigentümlich ist. Dieselben können entweder dauernd den Willen beherrschen oder nur zeitweise in einzelnen Anwandlungen hervortreten. Der Kranke handelt dabei ohne klaren Beweggrund, einfach, weil er den unwiderstehlichen Antrieb in sich fühlt, zu handeln. So kommt es denn, dass seine Willens-

äusserungen vielfach den Stempel des Unvorbedachten, des Zwecklosen, ja des Widersinnigen tragen, weil sie eben nicht durch einen zielbewussten Plan, sondern durch einen plötzlich auftauchenden und sofort zur Ausführung drängenden, häufig sehr unklaren Antrieb hervorgerufen werden. Wenn die Handlung bedenklich oder gefährlich ist, kann es vor ihrer Ausführung zu einem inneren Kampfe kommen, indem die erworbenen Hemmungen ihren Einfluss geltend machen, doch ist dieser Widerstand nicht im entferntesten so stark wie bei den Zwangsbefürchtungen, wo er regelmässig die krankhaften Antriebe überwindet. Oft genug aber werden selbst die schlimmsten Handlungen ohne Zaudern, mit ruhiger Selbstverständlichkeit ausgeführt; das nachher sich einstellende Bedauern über das Geschehene reicht ebensowenig zu einer Unterdrückung späterer ähnlicher Antriebe aus wie die Furcht vor den Folgen.

Der Inhalt solcher „Zwangshandlungen" ist vielfach ein gleichgültiger, und zahlreiche Menschen mit „absonderlichen Einfällen", unvermittelt hervortretenden und ebenso rasch wieder verschwindenden Antrieben bilden die Übergänge von den schweren, unzweifelhaft krankhaften Formen des impulsiven Irreseins zum gesunden Verhalten. Maudsley berichtet von einem Herrn, der wochenlang von dem Antriebe geplagt wurde, zwei oben auf einer Mauer liegende Steine herabzuwerfen, und sich schliesslich nachts hinschlich, um sich durch Ausführung dieser unsinnigen Handlung Ruhe zu verschaffen.

Weit wichtiger, als diese harmlosen, vielfach wechselnden Schrullen, die eine verbreitete Begleiterscheinung des Entartungsirreseins bilden, sind die in einer bestimmten, einseitigen Richtung entwickelten Antriebe. Dahin gehört zunächst der Wandertrieb. Die Kranken werden plötzlich von dem lebhaften Wunsche erfasst, in die weite Welt hinauszuziehen, bisweilen mit irgend einem abenteuerlichen Ziele. Den Anstoss dazu gibt, anders als beim Wandertriebe der Epileptiker, oft irgend eine günstige Gelegenheit, namentlich die Verfügung über eine grössere Geldsumme, die dann unbedenklich verwendet oder unterschlagen wird. So geht es denn fort, hierhin, dorthin, wie der Zufall es will, oft monatelang, bis die Mittel versiegen und das Landstreicherleben auf Hindernisse stösst. Ich kannte einen Knaben,

der bei seinen immer wiederholten, triebartigen Reisen von Mannheim bis nach Schlesien gelangt war. Diese Kranken behalten eine klare Erinnerung an ihre Fahrten und empfinden ihr Handeln durchaus nicht als eine fremdartige, ihrem Willen aufgedrungene Erscheinung, selbst wenn sie dieselben nachträglich bereuen. Nicht selten verüben sie bei ihrem planlosen Treiben auch allerlei Schwindeleien, nehmen falsche Namen an, prahlen, verschwinden, ohne zu zahlen, suchen sich Geld durch falsche Vorspiegelungen zu verschaffen.

Sehr viel bedenklicher noch ist die Neigung zur Brandstiftung, wie sie besonders bei jugendlichen Personen weiblichen Geschlechtes vor und während der Pubertätsentwicklung beobachtet wird. Bisweilen geht die krankhafte Freude am flackernden Feuer und der unbezähmbare Wunsch, sich diesen Anblick zu verschaffen, bis in die Kindheit zurück. Meist folgen dann die Brandstiftungen in kurzen Zwischenräumen reihenweise aufeinander. Die Kranken vermögen nachher selbst nicht recht anzugeben, was sie eigentlich zu ihrer Tat veranlasst hat. Eine Frau, die wegen immer wiederholter sinnloser Brandstiftungen fast ihr ganzes Leben im Zuchthause zugebracht und auch dort angezündet hatte, konnte nur sagen, dass es sie einfach dazu getrieben habe. In einem berühmt gewordenen Falle, in welchem ein Student zahllose Brände in immer genau derselben Weise angelegt hatte, liess sich feststellen, dass die Ausführung dieser Handlungen regelmässig unter dem Einflusse des Alkohols erfolgt war. Vielleicht handelte es sich jedoch hier um Epilepsie.

Eine zweite Hauptrichtung der krankhaften Antriebe ist die dauernde oder vorübergehende Neigung, gelegentliche, unsinnige Diebstähle zu begehen. Solchen Anwandlungen begegnen wir ebenfalls am häufigsten beim weiblichen Geschlechte, und zwar vorzugsweise in der Zeit geschlechtlicher Umwälzungen (Menstruation, Schwangerschaft). Die Krankhaftigkeit dieser Handlungen zeigt sich darin, dass denselben jeder verständige Beweggrund fehlt. Die gestohlenen Gegenstände sind vielfach gänzlich oder doch für den Täter wertlos, oder sie werden auch später dem Eigentümer einfach wieder zugestellt. In anderen Fällen richtet sich die Begierde des Einzelnen gerade auf eine ganz bestimmte Art von Dingen, die ohne erkennbaren Zweck in grossen

Mengen zusammengestohlen werden; hier lassen sich bisweilen Beziehungen zum Geschlechtstriebe nachweisen. Wie es scheint, ist diesen Neigungen die krankhafte Kauflust und Sammelwut nahe verwandt, die sich nicht selten auf ganz wertlose Dinge erstreckt. So gibt es Kranke, welche gewisse Abfälle ihres eigenen Körpers, abgeschnittene Haare, Nägel, Hautschüppchen, Ohrenschmalz, sammeln und in sorgfältiger Verpackung aufbewahren. Vielleicht spielen hier, wie bei gewissen ähnlichen Gewohnheiten der Naturvölker, öfters dunkle abergläubische Vorstellungen eine Rolle. Bei anderen ist zwar das Ziel der Sammelwut vernünftiger, aber die Leidenschaftlichkeit derselben führt die Kranken zu gänzlicher Vernachlässigung aller anderen Rücksichten, unter Umständen sogar zum Verbrechen.

Weitere Äusserungen einer Entartung des gesunden Trieblebens sind die unsinnige Liebe zu Tieren, die unwiderstehliche Neigung zum Spiel, die krankhafte Steigerung des Geschlechtstriebes und zahllose ähnliche Abweichungen. Auch gewisse, plötzlich auftauchende sehnsüchtige Zuneigungen zu bestimmten Personen gehören vielleicht hierhin. Hecker erzählt von einem 60-jährigen Herrn, der auf der Reise von überwältigender Sehnsucht nach einer gleichalterigen Dame erfasst wurde, die er im Bade kennen gelernt hatte. Er musste sofort umkehren und zu ihr reisen, obgleich er sich der Unsinnigkeit seines Handelns klar bewusst war. Möglicherweise liegen in solchen Fällen, wie Hecker annimmt, verkappte Angstzustände zugrunde, die sich dann in die Form der Sehnsucht kleiden, ähnlich dem „Heimweh“ der Melancholiker.

Von ganz hervorragender praktischer Bedeutung ist ferner der krankhafte Antrieb, zu verletzen oder zu töten. Eine eigenartige Gruppe bilden hier die triebartigen Angriffe junger Mädchen auf die ihrer Obhut übergebenen Kinder. Ich behandelte eine schon von Emminghaus*) kurz erwähnte Kranke, die im Alter von dreizehn Jahren zwei ihrer Pflege anvertraute Kinder, darunter ihr eigenes Brüderchen, einfach erstickte, aus keinem anderen Beweggrunde, als „weil ihr die Lust dazu kam“. Besonders verführerisch scheint der Giftmord zu sein, vielleicht deswegen, weil

*) Emminghaus, Die psychischen Störungen im Kindesalter, 1887, 241.

er am leichtesten im Verborgenen auszuführen ist. Die furchtbaren Gestalten einer Marquise de Brinvillers, einer Gesche Gottfried, Margarethe Zwanziger, Geheimrätin Ursinus, die aus reiner Mordlust eine Person ihrer Umgebung nach der anderen dem Tode überlieferten und zugleich betrauerten, fallen so weit aus dem Rahmen des gesunden Fühlens und Handelns, dass wir sie heute wohl mit Recht als krankhafte Entwicklungsformen betrachten dürfen.

Sehr deutlich tritt uns gerade beim impulsiven Irresein die vielfache Verbindung krankhafter Triebäusserungen mit Verirrungen des Geschlechtstriebes entgegen. Die letzteren sind bei Entarteten nicht nur an sich sehr häufig, sondern sie nehmen auch die merkwürdigsten Gestaltungen an, deren verschlungene Beziehungen zu den Geschlechtsvorgängen oft kaum noch entwirrbar sind. Gemeinsam ist ihnen immer die grosse Gewalt, mit der die Antriebe auftreten, ihre periodische Wiederkehr und die wollüstige Befriedigung nach vollbrachter Handlung, die oft geradezu mit Samenergüssen verbunden ist.

Die geistige Begabung unserer Kranken braucht keine schärfer hervortretenden Störungen aufzuweisen, doch findet sich in schweren Fällen meist ein höherer oder geringerer Grad von Schwachsinn. Auch bei leichteren Abweichungen wird eine genaue Prüfung wohl selten die Anzeichen einer gewissen Beschränktheit oder Zerfahrenheit und Verschwommenheit, namentlich aber ein Zurückbleiben der gesamten geistigen Ausbildung hinter der durch das Lebensalter geforderten vermissen lassen. Noch deutlicher pflegen die Störungen auf gemütlichem Gebiete hervorzutreten; nach dieser Richtung haben wir es regelmässig mit schwachen, haltlosen, oft auch mit kindisch eigensinnigen oder rohen, menschenscheuen, verschlossenen Naturen zu tun.

Obgleich das impulsive Irresein auf Entartung, also auf dauernden Veränderungen der psychischen Persönlichkeit beruht, sehen wir die klinischen Erscheinungen desselben öfters nur während bestimmter Lebensabschnitte, namentlich in den Entwicklungsjahren, hervortreten. Diese Erfahrung entspricht der schon bei verschiedenen Gelegenheiten besprochenen Tatsache, dass es im Verlaufe des menschlichen Daseins gewisse Zeiten gibt, in denen die allgemeine Widerstandsfähigkeit auf körperlichem und seelischem Gebiete besonders gering ist. Gerade der Widerstreit

dunkler Gefühle und Antriebe während der Geschlechtsentwicklung wird daher auch günstige Bedingungen für das Anwachsen krankhafter Willensregungen schaffen können, welche im späteren Leben durch das gesunde Wollen einfach in den Hintergrund gedrängt werden. Mit der vollen Ausbildung und Festigung der Persönlichkeit kann sich in einzelnen Fällen eine überraschend weitgehende Besserung der Störungen herausstellen. Hie und da beobachtet man eine gewisse Periodizität der Krankheitserscheinungen.

Ausser dem gemeinsamen Ursprunge aus einer krankhaften Veranlagung teilt das impulsive Irresein mit anderen Formen der Entartung manche äusseren Eigentümlichkeiten. So kann man die unausrottbare Rückfälligkeit des sittlich unfähigen Gewohnheitsverbrechers mit der zwangsmässigen Wiederholung der gleichen verbrecherischen Handlungen durch unsere Kranken verwechseln. Auch der sittlich Schwachsinnige legt Feuer an, tötet und stiehlt, aber er tut es aus selbstsüchtigen Beweggründen, zu irgend einem bestimmten Zwecke oder, um zu schaden, während hier ein ganz unvermittelter Antrieb den Kranken gegen seinen eigentlichen Willen zur Begehung der Tat zwingt. Sehr häufig ist dabei sogar ein deutliches Gefühl von der Widersinnigkeit und Unnatürlichkeit der Handlungsweise vorhanden, wenn es auch nicht ausreicht, um die Ausführung zu verhindern; bisweilen erscheint den Kranken wenigstens hinterher ihr Verhalten unbegreiflich und krankhaft. Nach einer anderen Seite hin nähert sich das impulsive Irresein gewissen Formen des Zwangsirreseins. Allein jene Kranken wollen durchaus nicht die ihnen vorschwebenden Handlungen begehen; sie haben vielmehr einen lebhaften Abscheu davor und fürchten nur, dass sie möglicherweise unterliegen könnten, was tatsächlich nicht geschieht. Hier dagegen, beim impulsiven Irresein, hat die Vorstellung der krankhaften Tat unmittelbar etwas Lockendes, Verführerisches, ja sie kann sich, wo sie aus geschlechtlicher Unterströmung hervorquillt, mit einer unbezähmbaren Gier verbinden, welche dem Kranken für die Ausführung volle und ausgiebige Befriedigung verspricht. Von einem Kampfe ist dann, im Gegensatze zu den Zwangsbefürchtungen, gar keine Rede. Unmittelbar nach der Tat folgt eine tiefe Genugtuung, die eine wesentlich andere Färbung hat, wie

das Gefühl der Befreiung und Erleichterung, welches sich an die Schutzhandlungen bei Zwangsbefürchtungen knüpft. Misslingen der Tat erzeugt Bedauern; dagegen ist von Reue oft gar keine Spur vorhanden, oder sie kommt doch nur bei geringergradigem sittlichem Defekte und erst dann, wenn nach der Aufregung der Tat jene Gegenvorstellungen auftauchen, welche bis dahin durch die alles beherrschende Begierde zurückgedrängt worden waren.

Unzweifelhafte Beziehungen bestehen auch zwischen dem impulsiven Irresein und der Hysterie, namentlich aber der Epilepsie. Die Zugänglichkeit der Hysterischen für plötzliche Antriebe, die auftauchenden Gelüste, die leidenschaftlichen Begierden zeigen oft ganz ähnliche Bilder; die Unstetigkeit und Abenteuerlust, die den Wandertrieb der Psychopathen erzeugt, kann sich gelegentlich mit Andeutungen von hysterischen Störungen, vorübergehender rauschartiger Bewusstseinstrübung, nächtlichen Visionen, Analgesie, Ohnmachtsanfällen, verbinden. Manche Fälle von impulsivem Irresein erinnern so auffallend an gewisse Erfahrungen bei Epilepsie, dass eine klare Scheidung kaum möglich erscheint. Im allgemeinen wird man festzuhalten haben, dass beim impulsiven Irresein keine Bewusstseinstrübung eintritt, dass die Antriebe sich nicht so fremdartig in das Bewusstsein drängen wie bei der Epilepsie, sondern eher die Form natürlicher Bedürfnisse annehmen, und dass sonstige Zeichen jenes Leidens vollständig fehlen. Nachdem wir jedoch in der Dipsomanie eine Erscheinungsform der Epilepsie kennen gelernt haben, die unter Umständen ganz die hier angegebenen Züge verlieren kann, wird man die Möglichkeit nicht in Abrede stellen können, dass sich weiterhin noch einzelne Beobachtungen als zur Epilepsie gehörig erweisen werden, die wir jetzt dem impulsiven Irresein zurechnen. Häufigere Wiederkehr derselben zwingenden Antriebe ohne äusseren Anlass, rasches Zurücktreten derselben nach kurzer, unumschränkter Herrschaft, ungünstige Wirkung des Alkohols, endlich das Gefühl der widerstandslosen Unterjochung ohne Überlegung dürften einen Verdacht in diesem Sinne nahe legen.

Die Tatsache des impulsiven Irreseins hat auf einer früheren Entwicklungsstufe der Psychiatrie als Grundlage der Lehre von den „Monomanien“ eine wichtige Rolle gespielt. Jetzt ist die für unser wissenschaftliches Verständnis gefahrdrohende An-

nahme umschriebener krankhafter Triebe in der klaren Erkenntnis untergegangen, dass man es hier überall mit einer angeborenen, allgemeinen psychischen Invalidität zu tun hat, deren schwächster Punkt gerade in dem Mangel einer Herrschaft über die allerdings vielfach in krankhafter Stärke und Richtung entwickelten Triebe gelegen ist. Das italienische und spanische Strafgesetzbuch nimmt auf das impulsive Irresein Rücksicht in der Anerkennung einer „forza irresistibile“ (unwiderstehlichen Gewalt), welche unter Umständen den Willen des Täters vollständig fortreissen und damit als Strafausschliessungsgrund gelten soll. Möglich, dass plötzliche Antriebe von unbezwinglicher Stärke bei den heissblütigen Völkern des Südens häufiger sind, als bei uns; jedenfalls vermag jene Fassung vielfachen „Missbräuchen“ im Sinne der Rechtspflege Tür und Tor zu öffnen. Wie ich glaube, sollte man das Bestehen des impulsiven Irreseins nur dort annehmen, wo wirklich der triebartige Ursprung des Handelns ohne klares, vernünftiges Ziel deutlich hervortritt, und wo auch im übrigen Bereiche des Seelenlebens die Anzeichen einer krankhaften Veranlagung erkennbar sind.

Die Behandlung des impulsiven Irreseins sieht sich naturgemäss wesentlich auf eine sorgfältige, die körperliche Entwicklung nach Möglichkeit berücksichtigende und im übrigen der Lage des einzelnen Falles angepasste Erziehung beschränkt. Sehr wichtig erscheint es mir, bei diesen Kranken von vornherein dauernde, völlige Enthaltsamkeit vom Alkohol zu erstreben, der ihnen nachweislich so schweren Schaden bringt. Eine ganze Reihe der Kranken, namentlich der hier zahlreich vertretenen Gemeingefährlichen, wird notwendigerweise der Anstaltspflege anheimfallen, unter deren Schutze sie meistens noch zu einem verhältnismässig nützlichen und für sie selbst befriedigenden Leben erzogen werden können.

F. Die geschlechtlichen Verirrungen.

Die psychopathische Entartung bildet aus naheliegenden Gründen einen ungemein fruchtbaren Boden für die Entwicklung geschlechtlicher Verirrungen. Die Unvollkommenheiten der persön-

lichen Veranlagung lassen regelmässig das Triebleben eine unverhältnismässig grosse Bedeutung im Ablaufe der Seelenvorgänge gewinnen, und unter den Trieben ist es wieder der Geschlechtstrieb, von dem die Einbildungskraft ihre mannigfaltigsten Anregungen empfängt. Die Wege, die das vielfach mächtig ausgebildete, nicht durch die Macht höherer Strebungen gezügelte geschlechtliche Bedürfnis zu seiner Befriedigung einschlägt, sind daher sehr verschiedene und nicht selten recht verworrene. Allen gemeinsam ist das Abweichen von dem eigentlichen Ziele, das entweder überhaupt nicht, oder doch nur auf Umwegen erreicht wird.

Den Ausgangspunkt aller geschlechtlichen Verirrungen bildet fast immer die Onanie, die meist mit dem frühen Erwachen der geschlechtlichen Regungen einsetzt und leidenschaftlich fortgeführt zu werden pflegt, auch wenn später andere Formen der Befriedigung gefunden werden. Während gesund angelegte, zur Selbstbefriedigung verführte Kinder bei grösserer Reife leicht davon ablassen, kann diese Verirrung bei Psychopathen derart einwurzeln, dass sie die natürliche Richtung der geschlechtlichen Begierden vollkommen beiseite drängt. Ist aber einmal die ursprüngliche Beziehung zwischen Geschlechtslust und Fortpflanzungsgeschäft gelöst, so erhält der ziellose Trieb seine Richtung vielfach durch irgendwelche eindrucksvolle Lebenserfahrungen oder durch unklare Gedankengänge und Gefühle, die sich gelegentlich mit einer gewissen Macht aufdrängen.

Es ist nicht meine Absicht, hier eine Einzelschilderung aller dieser Verirrungen des Geschlechtstriebes zu geben, die in neuerer Zeit die Aufmerksamkeit so sehr auf sich gezogen haben. Sie besitzen zumeist ein mehr allgemein-pathologisches, als besonderes klinisches Interesse und sind daher an anderer Stelle bereits besprochen worden. Wir dürfen uns hier mit einigen kurzen Andeutungen begnügen. Als einfache Abart der Onanie haben wir wohl den Exhibitionismus aufzufassen, die in der Regel wiederkehrende Neigung, die Geschlechtsteile vor Personen des anderen Geschlechtes zu entblössen; es handelt sich fast immer um Männer. Sehr oft, aber nicht immer, wird dabei onaniert. Diese Störung beobachten wir öfters in epileptischen Dämmerzuständen; sie begegnet uns aber auch nicht selten bei gewöhnlichen Psychopathen, die sich während der Handlung wohl in einer gewissen Erregung,

aber nicht in einer Bewusstseinstrübung befinden. Wir haben es bei ihnen einfach mit einem krankhaft abgeänderten Verfahren der geschlechtlichen Befriedigung zu tun. Die Kranken suchen gern bestimmte Orte immer wieder auf, an denen sich Frauen oder Kinder aufhalten, namentlich Spielplätze, decken bei Annäherung einer jener Personen ihre gewöhnlich schon vorher entblössten, aber hinter einem Zeitungsblatte oder unter den Rockschössen verborgenen Geschlechtsteile auf und suchen die Aufmerksamkeit durch Gebärden oder leise Zeichen auf sich zu lenken. Meist erfolgt dann Samenerguss und Schwinden der vorherigen Spannung. Andere bleiben auf der Strasse vor jungen Frauenspersonen plötzlich stehen, schlagen die Rockzipfel von den heraushängenden Genitalien zurück; ein von Hoche erwähnter Student beleuchtete sie noch mit einem Streichholze.

Ebenfalls als Unterformen der Onanie müssen die verschiedenartigen Spielarten des geschlechtlichen Fetischismus betrachtet werden. Die geschlechtliche Erregung knüpft sich hier an irgendwelche Gegenstände an, die nähere oder entferntere Beziehungen zum anderen Geschlechte aufweisen, zunächst an bestimmte Körperteile, sodann an Kleider, Pelzwerk, Schuhe, Wäschestücke, ja an die Entleerungen. Ich besitze die Briefe eines Kaufmanns an eine Prostituierte, in denen er sich für seine Besuche jeweils unter unverfänglichen Umschreibungen („hausgemachte Wurst"; „selbstgezogener Wein") deren Entleerungen („in Schaumrollen!") zum Genusse im voraus bestellt und die genauesten Anweisungen über die Befriedigung seiner ekelhaften Gelüste gibt. Praktische Bedeutung erlangt der Fetischismus dadurch, dass er die Kranken zum Abschneiden von Zöpfen oder zu immer wiederholten Diebstählen der begehrten Dinge verführt. Bisweilen scheint die Beziehung triebartiger Diebstähle zu geschlechtlichen Vorgängen auf noch andere Weise zustande zu kommen. So hat Zingerle*) den Fall einer Kranken mitgeteilt, in dem geradezu die Überwindung der Gefahr beim Diebstahl ohne jede Beziehung zu der Art und dem Werte des Gestohlenen wollüstige Erregungen auslöste. Dieselbe Kranke empfand beim Verkehr mit ihrem Manne erst dann geschlechtliche

*) Zingerle, Jahrb. f. Psychiatrie, XIX, 353.

Befriedigung, als dieser sie auf den Rat des Arztes rauh und abstossend behandelte, so dass sie seine Liebe „erkämpfen“ musste. Man wird dabei fast an die Geschlechtskämpfe der Tiere und an die verbreitete Sitte des Frauenraubes erinnert.

Vielleicht bilden derartige Beobachtungen Bindeglieder, die uns zu den Erscheinungen des Masochismus und Sadismus hinüberführen. Die geschlechtliche Befriedigung wird hier gesteigert, unter Umständen überhaupt nur herbeigeführt durch das Erdulden oder Ausüben grausamer Handlungen. Wenn man den Schilderungen Eingeweihter Glauben schenken darf, scheinen diese Verirrungen ziemlich häufig zu sein, so dass sich erfahrene Bordellwirtinnen auf derartige Liebhabereien ihrer Gäste einrichten. Auf der einen Seite lassen sich die Menschen binden, knebeln, mit Füssen treten, bespeien, besudeln, kurz auf alle mögliche Weise entwürdigend misshandeln; andererseits suchen sie selbst bei ihren geschlechtlichen Opfern durch Stechen mit Nadeln, Schneiden, Geisseln, Beissen Schmerz zu erzeugen und Blutungen hervorzurufen; auch Fälle sind bekannt, in denen die Herbeiführung von Unglücksfällen, Entgleisungen oder der lebhafte Gedanke daran geschlechtliche Erregung verursachte. Merkwürdig genug bleibt es immerhin, dass solche Handlungen, deren Beziehung zum Geschlechtstriebe zunächst ganz unverständlich bleibt, doch geeignet sind, bei bestimmten Personen in jener Richtung zu wirken. Mag auch, wie man gewöhnlich annimmt, geschlechtliche Übersättigung dabei eine Rolle spielen, so darf es doch gewiss als ein Entartungszeichen angesehen werden, wenn eine Übersättigung überhaupt zustande kommt, die solcher Reizmittel bedarf, sodann aber, dass sie diese Wirkung entfalten. Allerdings müssen die tiefsten Wurzeln dieser Verirrungen wohl auch in gesunden Regungen wiederzufinden sein. Insbesondere ist die geschlechtlich erregende Wirkung körperlicher Züchtigungen auf Schüler und Erzieher eine so verbreitete Erfahrung, dass sie die ernsteste Beachtung verdient.

Die schwersten Formen dieser Störungen führen unter Umständen zu ernsten Angriffen auf Leben und Gesundheit aus geschlechtlicher Gier. Verhältnismässig harmlos sind die Kranken, die Kleider junger Mädchen mit Tinte beschmutzen, mit Säuren verbrennen oder zerschlitzen. Ein Schritt weiter führt zu den

Mädchenstechern, ein weiterer zu den Lustmördern und Leichenschändern. Da die Ausbildung dieser letzten, entsetzlichen Auswüchse des Geschlechtstriebes bei besonnenen Kranken glücklicherweise in der Regel durch mächtige Hemmungen verhindert wird, beobachten wir sie zumeist nur in Zuständen starker Bewusstseinstrübung, bei Epileptikern.

Neben der Onanie wohl das am meisten verbreitete Zerrbild des gesunden Geschlechtstriebes ist jene eigenartige Umwandlung der geschlechtlichen Neigungen, welche Westphal nach ihrem wichtigsten Zeichen als „conträre Sexualempfindung“ bezeichnet hat. Es handelt sich hier um eine meist in früher Jugend bereits hervortretende geschlechtliche Zuneigung zu Personen desselben Geschlechts („Homosexualität“), während das andere Geschlecht dem Kranken in dieser Hinsicht gleichgültig bleibt oder sogar Abscheu und Ekel einflösst. Die Aufmerksamkeit der Irrenärzte wurde auf diese wahrscheinlich uralte, mit der Knabenliebe der Griechen und Römer in Beziehung stehende Verirrung hauptsächlich durch Casper gelenkt; später haben namentlich Westphal und v. Krafft-Ebing unser Wissen über diesen Gegenstand gefördert, der in neuester Zeit gleich eine ganze Reihe eingehendster Bearbeitungen erfahren hat*).

In der Mehrzahl der Fälle scheint die Störung Männer zu betreffen, oder sie ist doch bei ihnen den Ärzten leichter und häufiger bekannt geworden; fast immer ist angeborene, häufig ererbte psychopathische Veranlagung vorhanden. Der Geschlechtstrieb pflegt sich früh und kräftig zu entwickeln und führt sehr häufig zu einer lebhaft betriebenen Onanie. In manchen Fällen bestehen zunächst gesunde, „heterosexuelle“ Neigungen, die erst später durch den stärker anwachsenden krankhaften Trieb überwältigt werden. Meist aber beziehen sich die wollüstigen Begleitbilder der geschlechtlichen Erregung im Wachen und Träumen von vornherein auf das gleiche Geschlecht, und alle Ver-

*) Westphal, Archiv f. Psychiatrie, II, 1; v. Krafft-Ebing, Psychopathia sexualis. 12. Auflage. 1903; Moll, Die conträre Sexualempfindung. 1891; v. Schrenk-Notzing, Die Suggestionstherapie bei krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes. 1892; Fuchs, Wiener Klinische Rundschau, 1900, 18. Seit 1899 erscheint ein Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen unter besonderer Berücksichtigung der Homosexualität.

suche natürlichen Geschlechtsverkehrs missglücken vollständig oder gewähren doch wenigstens keine Befriedigung. Gerade diese Erfahrungen sind es, welche dem Kranken, der oft längere Zeit über sich selbst im unklaren ist, die Eigenart seines Geschlechtslebens enthüllen. Entscheidend ist für die weitere Entwicklung die Bekanntschaft mit irgend einer Person gleichen Geschlechts, die entweder einfach durch ihre körperlichen und geistigen Vorzüge die Sinnlichkeit des Kranken mächtig erregt oder geradezu die gleichen Neigungen hat und ihn „verführt“ oder sich von ihm verführen lässt. Es kommt zu einem leidenschaftlichen „Freundschaftsbündnisse“ mit allen Überschwänglichkeiten eines Liebesspiels, schwärmerischen Briefen, Blumensendungen, Geschenken, Eifersuchtsausbrüchen, brünstigen Küssen und Händedrücken. Meist schreitet dasselbe zu wollüstigen Umarmungen, gegenseitiger Masturbation und allen möglichen andern „beischlafähnlichen Handlungen“, seltener zu wirklicher Päderastie fort.

Ganz wie bei den Beziehungen verschiedener Geschlechter bestehen solche „Verhältnisse“ bisweilen längere Zeit, selbst viele Jahre hindurch fort. Weit häufiger ist jedoch ein Wechsel der Neigungen oder sogar grosse Unbeständigkeit. Meist sind beide Teile homosexual, doch gibt es manche Kranke, die gerade nur mit gesund fühlenden Personen geschlechtlich zu verkehren lieben. Standesunterschiede scheinen, genau wie im gewöhnlichen Geschlechtsleben, hier eine weit geringere Rolle zu spielen, als etwa beim rein gesellschaftlichen Verkehr. Einzelne Kranke der besseren Stände fühlen sich sogar am meisten zu Fabrikarbeitern, Kutschern, Lastträgern u. dergl. hingezogen. Einer besonderen Beliebtheit erfreuen sich auch hier die Soldaten. Aus allen diesen Umständen erklärt es sich, dass in grösseren Städten gewöhnlich auch eine männliche Prostitution mit allem Zubehör zu bestehen pflegt, die sich nicht nur aus homosexualen, sondern auch aus geschlechtlich normalen Personen zusammensetzt. Andererseits werden neben den körperlichen Reizen meist auch zusagende Eigenschaften des Gemüts und des Verstandes gefordert, mit denen aber die Einbildungskraft des Homosexualen den Gegenstand seiner Liebe ebenso freigebig ausstattet wie der gewöhnliche Liebesrausch. Der Unbefangene begegnet in seinem ganzen Leben nicht einer solchen Schar von „hochgebildeten“, „edeldenkenden“, „cha-

raktervollen“ Männern, wie wir sie in der Schilderung eines einzigen Freundeskreises solcher Kranker anzutreffen pflegen.

Natürlich bleibt die überwiegende Mehrzahl der Homosexualen unvermählt. Dennoch gehen einzelne Kranke trotz ihres Widerwillens gegen das andere Geschlecht die Ehe ein, teils in der Hoffnung, sich dadurch von ihrem ungesunden Triebe zu heilen, teils in dem Wunsche, Kinder zu besitzen. Nicht immer sind diese Ehen unglücklich, da die Kranken bisweilen, abgesehen vom geschlechtlichen Verkehre, mit grosser Pflichttreue ihre eigentümliche Stellung auszufüllen verstehen. Ja, es gelingt denselben sogar, Nachkommenschaft zu erzeugen, allerdings nur, wenn sie sich während des Geschlechtsaktes mit Aufbietung ihrer Einbildungskraft in die Arme einer jungen und schönen Person gleichen Geschlechtes zu versetzen vermögen. Daneben unterhalten sie vielfach noch gelegentlichen oder regelmässigen homosexualen Verkehr.

Gewöhnlich besteht ausser der conträren Sexualempfindung noch eine Reihe anderweitiger Züge, welche auf eine krankhafte Veranlagung hindeuten. Dahin sind zunächst alle jene vielgestaltigen körperlichen Entartungszeichen zu rechnen, die wir früher kennen gelernt haben. Der Verstand der Kranken ist meist normal entwickelt, doch macht sich häufig neben guter Auffassungsgabe grosse Ermüdbarkeit, geringe Ausdauer bei geistiger Arbeit und Neigung zu Träumereien geltend. Die Einbildungskraft pflegt stark über die Fähigkeit zu rein verstandesmässiger Tätigkeit zu überwiegen. Gar nicht selten beobachtet man auch wirklichen Schwachsinn. Am auffallendsten ist gewöhnlich die erhöhte Erregbarkeit im Gemütsleben. Die Kranken sind empfindlich, von Stimmungen und Eindrücken in besonderem Masse abhängig, schöngeistig und künstlerisch, besonders musikalisch veranlagt, zu Schwärmerei und Gefühlsausbrüchen geneigt, manchmal auch auffallend schüchtern und unsicher. Meist haben sie, namentlich bei sonstiger geistiger Begabung, ein lebhaftes Gefühl für ihre eigenartige Stellung. Wenn sie auch nicht geneigt sind, sich für eigentlich krank zu halten, vielmehr an sich ihr Trieb ihnen als etwas ganz Natürliches erscheint, so empfinden sie doch sehr tief und schmerzlich den Druck, mit welchem Gesetz und Sitte sie belastet, und sind unglücklich darüber, keine Familie gründen zu können. Ihr Charakter ist meist weich, lenksam, un-

selbständig, oft sogar schlaff und haltlos. Ihre Lebensführung weist daher häufiger eine gewisse Zerfahrenheit und Abenteuerlichkeit auf. Unzuverlässigkeit, Mangel an Wahrheitsliebe, Neigung zum Prahlen und kleinliche Eitelkeit sind gewöhnliche Untugenden. Die geschlechtlichen Beziehungen spielen vielfach eine, namentlich für Männer, ganz merkwürdig wichtige und entscheidende Rolle in ihrem Leben, können sie längere Zeit vollkommen in Anspruch nehmen, an jeder geregelten Tätigkeit hindern, sie verbummeln lassen, ihre Schicksale in durchaus massgebender Weise beeinflussen. Bisweilen gesellen sich zu der homosexualen Neigung die früher besprochenen Verirrungen der Algolagnie und des Fetischismus ebenso hinzu wie zum heterosexualen Triebe. Hie und da treten auch Andeutungen anderer Perversitäten auf; ich kannte einen jungen Kaufmann, der nicht nur Knaben beim Harnlassen zu beobachten suchte, sondern auch den Schnee aufsog, der mit ihrem Urin getränkt war.

Während der Entwicklung der conträren Sexualempfindung lässt sich sehr häufig das gelegentliche Auftauchen heterosexualer Regungen feststellen. Ich erinnere mich eines von Hause aus krankhaft veranlagten jungen Mannes, der zunächst zweifellose sinnliche Beziehungen zu Mädchen besass, später aber sich ausschliesslich durch Manustupration von Knaben befriedigte. Nicht selten bestehen Neigungen zu beiden Geschlechtern nebeneinander, bald als Übergangsstadium, bald dauernd. Freilich pflegt meist die eine Richtung mit stärkerer Befriedigung verknüpft zu sein. Man spricht hier von einer „psychischen Hermaphrodisie".

Bei ausgeprägter Homosexualität zeigt sich häufiger eine Veränderung der ganzen Lebensführung im Sinne des entgegengesetzten Geschlechtes. Der Mann wird weibisch in seinen Bewegungen, seinem Gange, seiner Haltung, seiner Geschmacksrichtung. Er zeigt ein süssliches, geziertes Wesen, wird eitel, gefallsüchtig, legt grossen Wert auf Äusseres, kleidet sich mit besonderer Sorgfalt, nach der Mode, trägt Blumen im Knopfloch, parfümiert, schminkt sich, lässt sich frisieren, schreibt zierliche Briefe auf duftendem Papier, schmückt sein Zimmer nach Art der weiblichen Boudoirs aus. Vielfach besteht die Neigung, sich mit weiblichen Handarbeiten zu beschäftigen, weibliche Kleidung (Korsett!) zu tragen, Busen und Hüften auszustopfen, in Fistelstimme

zu sprechen, kurz sich in allen Stücken auch äusserlich möglichst der erwünschten geschlechtlichen Stellung zu nähern. Andererseits sehen wir homosexuale Frauen durch ihre Neigung zu männlichem Auftreten, zum Rauchen und Trinken, zu übermütigen Streichen, zu männlicher Kleidung und Haartracht, zu männlichem Sport und männlichen Berufsarten auffallen. Diese Veränderungen bezeichnet v. Krafft-Ebing als Effeminatio und Viraginität. Nicht selten gehen die ersten Spuren derselben schon bis in die Kinderjahre zurück und geben vielleicht günstige Vorbedingungen für die Ausbildung der conträren Sexualempfindung ab; in anderen Fällen vollzieht sich die ganze Umwälzung erst späterhin, anscheinend wesentlich unter dem Einflusse jener letzteren.

Es gibt endlich eine kleine Gruppe von homosexual veranlagten Personen, bei denen auch der körperliche Bau gewisse Abweichungen vom Geschlechtstypus in der Richtung des anderen Geschlechts aufweist. Dahin gehören die bartlosen Männer mit weiblicher, hoher Stimme, glatter, weisser Haut, stärkerem Fettpolster, entwickelten Brustdrüsen, schlanker Taille und breiten Hüften, die Frauen mit Bartanflug, grobem Knochenbau, tiefer, rauher Stimme, männlichem Becken, erstere von v. Krafft-Ebing als Androgyne, letztere als Gynandrier bezeichnet. Wirkliche Zwitterbildung bei conträrer Sexualempfindung ist bisher niemals beobachtet worden.

Der Verlauf des Leidens ist stets ein äusserst langsamer. Der vollen Entwicklung, die sich meist gegen Ende des zweiten oder im Anfange des dritten Lebensjahrzehntes vollzieht, können lange Zeiten des Kampfes oder der Heterosexualität voraufgehen, wenn auch andererseits bisweilen eine einzige Lebenserfahrung plötzlich bestimmend sein kann. In einzelnen Fällen hat man ein periodisches Auftreten der homosexualen Neigungen beobachtet, mit oder ohne Verbindung mit allgemeinen Erregungszuständen; auch der Alkohol kann sie hie und da auslösen. Zweimal sah ich akut Verfolgungsideen bei den sonst ganz besonnenen Kranken auftreten. Sie fürchteten, entdeckt, belauscht zu werden, hörten über sich sprechen, waren äusserst ängstlich und nur teilweise und vorübergehend einsichtig. Leider habe ich den weiteren Verlauf nicht beobachten können.

Die conträre Sexualempfindung ist nach den Versicherungen

aller derartiger Kranker keineswegs selten. Dennoch ist die Angabe von Ulrichs, der in einer Reihe von Schriften diesen Zustand aus eigener Erfahrung behandelt hat, wahrscheinlich beträchtlich übertrieben; er nimmt nämlich auf 200 Männer je einen „Urning“ an, wie er die geschilderten Kranken nennt (weiblich „Urninde“). Auf Grund dieser Angabe verlangt jener Schriftsteller sogar die staatliche Anerkennung der conträren Sexualempfindung und namentlich die Gestattung dauernder, förmlicher Ehebündnisse. In gewissen Ständen, namentlich bei den mehr weiblichen Berufsarten, finden sich Homosexuale besonders häufig, unter den Dekorateuren, Tapezierern, Kellnern, Damenschneidern; auch unter den Schauspielern scheinen sie viel vertreten zu sein. Meistens wird hier wohl überall die Berufswahl schon durch die ursprüngliche, zum Weiblichen neigende Veranlagung beeinflusst werden; namentlich das letzte Beispiel spricht dafür.

Die Erkennung der conträren Sexualempfindung ist in den Fällen mit starker Umwandlung der geistigen oder gar körperlichen Persönlichkeit vielfach sehr leicht, obgleich auch trotz jener Umwandlung völlig gesunde geschlechtliche Neigungen vorhanden sein können. Sonst ist die ärztliche Diagnose nur aus den eigenen Mitteilungen des Kranken möglich. Alle Angaben der Urninge über die Schnelligkeit und Unfehlbarkeit ihres Erkennens sind Prahlereien. Neben der krankhaften conträren Sexualempfindung gibt es auch eine künstlich gezüchtete. Beide, die übrigens wieder von der einfachen Ausübung homosexualer Akte ohne homosexuales Fühlen wohl zu unterscheiden sind, gehen ineinander über und können nur nach den im einzelnen Falle vorliegenden Angaben über die Entstehungsweise auseinandergehalten werden.

Es kann nicht dem geringsten Zweifel unterliegen, dass die conträre Sexualempfindung auf dem Boden einer krankhaft entarteten Persönlichkeit erwächst. Dagegen ist es fraglich, ob die eigentümliche Verkehrung des Geschlechtstriebes als solche schon angeboren ist, oder ob sie nur eine der vielen Erscheinungsformen krankhafter Triebe darstellt, welche bei geringer gemütlicher Widerstandsfähigkeit durch äussere Lebenserfahrungen grossgezogen werden können. Man ist meist der gewichtigen Ansicht v. Krafft-Ebings zugunsten der ersteren Möglichkeit gefolgt, und die vielen Selbstschilderungen von Urningen behaup-

ten fast ausnahmslos sehr bestimmt, dass die homosexualen Neigungen angeboren seien. Auch die Erfahrung eines Zusammenhanges nicht nur der ganzen Gemütsart, sondern auch gewisser körperlicher Eigentümlichkeiten mit der conträren Sexualempfindung schien kaum anders, als im Sinne eines angeborenen Zwiespaltes zwischen der Bildung der Geschlechtsorgane und der geschlechtlichen Veranlagung der eigentlichen Persönlichkeit gedeutet werden zu können. Ulrichs hatte geradezu von einer „anima muliebris in corpore virili inclusa“ gesprochen, und man durfte wenigstens daran denken, dass bei der erst spät erfolgenden Differenzierung der beiden Geschlechter die gewöhnliche Übereinstimmung der körperlichen und geistigen Gesamtrichtung mit den äusseren Geschlechtskennzeichen möglicherweise einmal nicht zustande kommen könne.

Gegenüber diesen Annahmen ist v. Schrenk-Notzing mit schwerwiegenden Beweisen für eine häufigere Entstehung der conträren Sexualempfindung aus mehr zufälligen Anregungen eingetreten. Mit Recht hat er darauf hingewiesen, dass bei unseren gesellschaftlichen Einrichtungen die meist lange vor dem eigentlichen Entwicklungsalter sich einstellenden ersten geschlechtlichen Regungen fast mit Notwendigkeit sich an Erlebnisse mit dem eigenen Geschlechte anknüpfen müssen (nackte Knaben beim Baden, Ringen, Verführung durch Mitschüler). Tatsächlich sind ja lebhaft sinnlich betonte Freundschaften zwischen Schulkindern des gleichen Geschlechts, die noch nichts von den Geschlechtsunterschieden wissen, ganz ungemein häufig.

Bei gesunden Personen sind die Nebenumstände, unter denen die ersten sinnlichen Gefühle auftauchen, für die spätere Richtung des Geschlechtstriebes gleichgültig. Dagegen können dieselben bei krankhafter Veranlagung, bei der ohnedies das Erwachen des Triebes früher und heftiger zu erfolgen pflegt, von grosser Bedeutung werden. Dafür sprechen vor allem gewisse Erfahrungen bei Fetischisten, deren geschlechtliche Neigungen ihr ganzes Leben hindurch unter dem Banne eines bestimmten Eindruckes stehen bleiben. Auch an die dauernde Herrschaft einzelner, von aussen her angeregter Vorstellungskreise und Antriebe bei der Schreckneurose wie beim Zwangsirresein darf hier erinnert werden. Wie der Fetischist nur unter ganz bestimmten

Umständen geschlechtlichen Genuss findet, so könnte dieser letztere beim Homosexualen an die Wiederkehr jener Eindrücke sich knüpfen, welche zum ersten Male oder in besonders aufregender Weise den Geschlechtstrieb weckten; das würden hier die Kennzeichen des gleichen Geschlechts sein. Dass dieser ursprüngliche Zusammenhang später häufig vergessen wird und nur das anscheinend rätselhafte Endergebnis zutage liegt, kann in beiden Fällen geschehen. Doch liegen für Fetischisten wie für Homosexuale genügend zahlreiche Beobachtungen vor, welche mit Bestimmtheit auf die hier angedeutete Entstehung hinweisen.

Was der einen geschlechtlichen Verirrung recht, ist der anderen billig. Die umfassende Durcharbeitung des ganzen Gebietes hat meines Erachtens gezeigt, dass die conträre Sexualempfindung nur ein Einzelfall unter den zahlreichen Entartungsformen des Geschlechtstriebes ist. Wenn die Selbstbefriedigung ohne jeden Partner, wenn die geschlechtliche Erregung durch leblose Gegenstände, durch Ausübung und Erduldung von Misshandlungen möglich ist, so verliert dadurch die Homosexualität ihre Ausnahmestellung, die zur Annahme eines Widerstreites zwischen seelischer und körperlicher Veranlagung berechtigen würde. Von jenen anderen Störungen wissen wir, dass sie auf dem allgemeinen Boden der angeborenen Psychopathie durch ganz bestimmte Lebenserfahrungen entstehen können. Es liegt daher umsoweniger ein Grund vor, für die gleichgeschlechtliche Liebe eine andere Entwicklungsweise anzunehmen, als sich jene Formen mit dieser häufig genug in mannigfaltigster Weise verbinden.

Gegen das Angeborensein der conträren Sexualempfindung spricht ferner die Tatsache der häufigen psychischen Hermaphrodisie. Verhältnismässig selten sind jene Personen, bei welchen niemals eine Spur von heterosexualen Regungen vorhanden gewesen ist. Wie beim gesunden Menschen die ursprünglich vielleicht am häufigsten auf das eigene Geschlecht sich richtenden sinnlichen Neigungen später einfach von mächtigeren Trieben unterdrückt werden, so wird dort die gesunde Regung von dem homosexuellen Triebe überwuchert, der sich schon lange vorher auf dem krankhaft empfänglichen Boden üppig entwickelte. Daher die entscheidende Bedeutung der ersten geschlechtlichen Misserfolge, daher aber auch die sonst einfach unerklärliche, später

zu besprechende Möglichkeit einer Heilung der Kranken auf psychischem Wege! Das Krankhafte liegt also, wie ich mit v. Schrenk-Notzing glaube annehmen zu müssen, häufig oder regelmässig nicht in einem ursprünglich verkehrt entwickelten Triebe, sondern es liegt in der eigentümlichen, auf Entartung beruhenden Bestimmbarkeit des überdies früh erwachenden Trieblebens. Durch sie wird in dem jugendlichen Gemüte die erste Anregung der Sinnlichkeit massgebend für die dauernde Gesamtrichtung derselben.

Allerdings kann gegen diese Auffassung der obenerwähnte Zusammenhang der geistigen und namentlich der körperlichen Eigenschaften mit der Geschlechtsumwandlung geltend gemacht werden. Indessen der Wert dieser Tatsachen ist unter dem Einflusse der Ulrichsschen Anschauung überschätzt worden. Alle jene körperlichen Eigentümlichkeiten treffen wir gelegentlich bei beliebigen Entarteten, ohne Andeutung von conträrer Sexualempfindung. Zudem sind sie bei unseren Kranken selbst durchaus nicht häufig; im Gegenteil besitzt die überwiegende Mehrzahl derselben vollständig alle körperlichen Eigenschaften ihres Geschlechtes. Ebenso ist im allgemeinen die auffallende geistige Veranlagung zu beurteilen. Wir sind derselben schon bei manchen anderen Formen der krankhaften Entartung, bei der Hysterie, bei gewissen Schwachsinnsformen u. s. w. begegnet, ohne alle Verbindung mit Homosexualität. Umgekehrt kenne ich Kranke genug, die jene Züge durchaus nicht besitzen. Immerhin wäre es wohl möglich, dass bestimmte Charaktereigenschaften wegen der gesamten Stellung, die sie dem Einzelnen in seiner Umgebung anweisen, von vornherein die Entstehung homosexualer Neigungen begünstigten. Endlich aber ist ein Teil derselben, sind namentlich die Lebensgewohnheiten einfach die Folge der einmal bestehenden geschlechtlichen Richtung. Es gibt übrigens auch zahlreiche sexuell völlig gesund veranlagte Männer, die ausser jeder Beziehung zu ihrem Berufe eine überraschende Kenntnis der weiblichen Kleidung, der Küche, ja sogar grosse Fertigkeit in weiblichen Arbeiten besitzen, während andererseits unsere „emanzipierten", rauchenden, reitenden, schriftstellernden, studierenden Damen keineswegs die Männerliebe zu verschmähen pflegen.

Durch die hier vertretene Auffassung, welche vielleicht nicht

für alle, doch aber für die Mehrzahl der Fälle von conträrer Sexualempfindung gelten dürfte, wird die Prognose dieser Störung eine weit günstigere, als man früher annehmen konnte. Die Erfahrung hat im Laufe der letzten Zeit gezeigt, dass bei nicht wenigen Kranken eine sehr weitgehende Besserung und sogar Heilung möglich ist.

Die Behandlung besteht wesentlich in dem Verfahren der hypnotischen Suggestion, die bei diesen Kranken, wie bei so manchen anderen Gelegenheiten, Heilerfolge erzielt, wo alle sonstigen Behandlungsarten machtlos sind. Die Suggestion richtet sich zuerst gegen die so häufig betriebene Masturbation und die gesteigerte geschlechtliche Erregbarkeit überhaupt. In zweiter Linie wird Unempfindlichkeit gegen das eigene Geschlecht, Verblassen der betreffenden Phantasiebilder, in dritter Anregung durch das andere Geschlecht, Neigung zum heterosexualen Verkehr vorgeschrieben. Meist ist diese hypnotische Erziehung, da es sich um schon tief eingewurzelte Gewohnheiten handelt, eine äusserst mühsame und langwierige; gelegentliche Rückfälle sind nicht selten. Den grössten Wert legt v. Schrenk-Notzing auf regelmässigen natürlichen Geschlechtsverkehr, der zwar bei Männern verhältnismässig leicht zu beschaffen ist, aber, wie seine Fälle zeigen, auch manche Gefahren mit sich bringt. Ein Glück, dass für Mädchen die Behandlungsfrage weniger brennend ist! Vor übereilten Coitusversuchen muss gewarnt werden, da ihr Misslingen das Selbstvertrauen tief zu schädigen geeignet ist. Andererseits kann ein Erfolg in dieser Richtung anscheinend raschen Umschlag der Stimmung und sogar die Selbsttäuschung völliger und endgültiger Heilung bewirken. Unterstützt wird die Behandlung durch Massnahmen, welche sich gegen den allgemeinen nervösen Zustand des Kranken richten, Brom, diätetische Vorschriften, gymnastische Übungen und ähnliches. Das Endergebnis wird natürlich auch nach dem allmählichen Schwinden der homosexualen Neigungen eine krankhaft entartete Persönlichkeit sein. Fuchs sah unter 42 Fällen 14mal die gleichgeschlechtlichen Neigungen wiederkehren, während 8 seiner Kranken „neutral" wurden. Mehrere der so geheilten Kranken haben geheiratet.

XIV. Die psychopathischen Persönlichkeiten.

Die unsichere und schwankende Umgrenzung des Begriffes der Entartung bringt es mit sich, dass wir bei denjenigen Formen des Irreseins, die aus krankhafter Veranlagung hervorgehen, auf ein breites Zwischengebiet zwischen ausgesprochen krankhaften Zuständen und jenen persönlichen Eigentümlichkeiten stossen, die wir noch dem Bereiche des Gesunden zuweisen. Würden wir in strengstem Sinne alle diejenigen angeborenen Eigenschaften als Ausfluss der Entartung betrachten, die der Erreichung allgemeiner Lebenszwecke hinderlich sind, so würden wir deren Spuren nirgends vermissen. Die Bedeutung des Krankhaften können wir aber den persönlichen Abweichungen von der vorgezeichneten Entwicklungsrichtung erst dann zuschreiben, wenn sie eine erhebliche Bedeutung für das körperliche oder psychische Leben gewinnen; die Abgrenzung ist also eine rein gradweise und deswegen in gewissem Spielraume willkürliche.

Seitdem, besonders durch das Verdienst französischer Irrenärzte, unser Blick für das Verständnis krankhafter Veranlagungen geschärft worden ist, haben wir an vielen Punkten dieses Zwischengebietes die Kennzeichen der Entartung besser würdigen gelernt. Wir sind heute geneigt, den Massstab der psychiatrischen Beurteilung an eine Reihe von Menschengruppen zu legen, die man früher unter wesentlich anderen Gesichtspunkten zu betrachten gewöhnt war. Es handelt sich dabei gewissermassen um psychische Missbildungen, deren Krankhaftigkeit nicht aus der Veränderung gegen frühere, gesunde Zeiten, sondern nur aus ihrer allgemeinen Abweichung von der Gesundheitsbreite erkennbar ist. Selbstverständlich bildet die Aufdeckung und Verfolgung der krankhaften Spielarten des Menschengeschlechtes bis in ihre ersten, leisesten Andeutungen hinein eine Aufgabe von allergrösster Wichtigkeit. Wie schon heute die Psychiatrie in

vielen Erscheinungen des gesunden Lebens den Schlüssel zum Verständnisse krankhafter Störungen findet, so würde umgekehrt unsere Kenntnis des Menschen eine ausserordentliche Vertiefung erfahren, wenn wir die feinen Wurzeln des Krankhaften in der Einzelpersönlichkeit überall klarzulegen vermöchten. Hier liegt ein Gebiet der psychiatrischen Forschung, das weit über rein ärztliche Fragen hinaus in die Lehre vom innersten Wesen des Menschen hineinreicht.

Gerade darum aber vermögen wir hier heute noch nicht mehr zu geben, als einige kümmerliche Andeutungen. Überall in den letzten Abschnitten haben wir uns schon mit der Schilderung solcher krankhafter Veranlagungen beschäftigen müssen, welche die Grundlage für die Entwicklung schwererer, auffallenderer Geistesstörungen bildeten. Hier wären nun weiterhin diejenigen psychopathischen Persönlichkeiten zu besprechen, die an sich ihr ganzes Leben hindurch wesentlich unverändert bleiben. Wir müssen uns jedoch auf diejenigen Hauptformen beschränken, die zurzeit schon etwas besser gekannt sind und zugleich eine hervorragende Bedeutung für den Irrenarzt besitzen. Der weitere Ausbau dieses weiten, vielversprechenden Gebietes wird Sache zukünftiger Forschung sein.

A. Der geborene Verbrecher.*)

Die Tatsache, dass es Geisteskranke gibt, bei denen sich die Störung wesentlich nur auf dem Gebiete der Gefühle oder des Handelns zeigt, wurde schon von den alten französischen Irrenärzten beobachtet und von Grohmann in Beziehung zu der Annahme gesonderter Seelenvermögen gebracht. Im Jahre 1835 fasste dann Prichard unter dem Namen der „Moral insanity“ solche Kranke zusammen, bei denen lediglich ein perverser Zustand der Gefühle, des Temperaments, der Neigungen, Gewohn-

*) Lombroso, Der Verbrecher, Deutsch von Fränkel. 1887; Kurella, Naturgeschichte des Verbrechers. 1893; Bär, Der Verbrecher in anthropologischer Beziehung. 1893; Bleuler, Der geborene Verbrecher. 1896; Aschaffenburg, Das Verbrechen und seine Bekämpfung. 1903; Müller, Archiv f. Psychiatrie, XXXI, 325.

heiten und Handlungen bestehe, während die Verstandesleistungen keine Abweichungen erkennen liessen. Dieses „Gefühlsirresein“ erhielt weiterhin in den Händen der französischen und deutschen Irrenärzte die besondere Färbung des „sittlichen Irreseins“, einer einseitigen und umschriebenen Verkümmerung der sittlichen Gefühle mit deren Folgen für das Handeln. Die Frage des moralischen Irreseins hat zu langwierigen wissenschaftlichen Auseinandersetzungen geführt, die auch heute noch nicht völlig zum Abschlusse gelangt sind. Die Möglichkeit einer umgrenzten Schädigung der sittlichen Leistungen wurde vielfach durch den Hinweis auf den allseitigen Zusammenhang des Seelenlebens und auf gewisse gleichzeitige, mehr oder weniger stark ausgeprägte Unzulänglichkeiten des Verstandes bekämpft; damit war das moralische Irresein aus seiner Sonderstellung in diejenige einer einfachen Unterform des angeborenen Schwachsinns gedrängt. Vielfach war bei dieser Betrachtungsweise wohl auch die Rücksicht auf die vermeintlichen unheilvollen Folgen der Lehre für die Strafrechtspflege von Einfluss.

Dass die Ausbildung des Verstandes und des Gemütes bis zu einem gewissen Grade voneinander unabhängig sind, lehrt die alltägliche Erfahrung. Es gibt zweifellos Menschen mit hervorragender Verstandesbegabung, die sittlich tief stehen, und umgekehrt. Wir kennen ferner in der Dementia praecox einen Krankheitsvorgang, der zuerst und am stärksten die gemütliche Ansprechbarkeit schädigt, während Auffassung, Gedächtnis und Urteil wenigstens verhältnismässig gut erhalten bleiben können. Allerdings wird man zugeben müssen, dass eine vollkommene Unabhängigkeit der einzelnen Gebiete voneinander nicht besteht. In der Tat vermisst man auch bei angeborener Gemütlosigkeit niemals eine gewisse Herabsetzung der Verstandesleistungen; vielmehr finden wir hier regelmässig jene Störungen wieder, die wir als allgemeine Begleiterscheinungen der Entartung kennen gelernt haben. Dennoch lässt sich nicht in Abrede stellen, dass es eine umfangreiche Klasse von Menschen gibt, bei denen ganz vorzugsweise die Entwicklung der sittlichen Gefühle zurückgeblieben ist, während die Verstandestätigkeit weit geringere Abweichungen erkennen lässt. Gerade deswegen stösst die psychiatrische Beurteilung dieser Formen der Entartung immer noch auf

grosse Schwierigkeiten, da man sich daran gewöhnt hat, sittliche Mängel von ganz anderem Standpunkte aus anzusehen, als diejenigen des Verstandes.

Neue Anregungen hat die Lehre vom moralischen Irresein durch die Bemühungen der italienischen „positiven Schule“, insbesondere Lombrosos, erhalten, das Bild des „geborenen Verbrechers“, des „Delinquente nato“ zu zeichnen und genauer zu umgrenzen. Mögen auch gewisse Einzelheiten dieser Bestrebungen, insbesondere die körperliche Kennzeichnung des geborenen Verbrechers und die atavistische Deutung seiner psychischen und körperlichen Eigenschaften einer strengeren wissenschaftlichen Prüfung nicht Stand halten, so kann doch nach den vorliegenden ausgedehnten Untersuchungen über das Seelenleben der Verbrecher, die in rein psychiatrischen Erfahrungen vielfache Ergänzungen finden, kein Zweifel mehr darüber bestehen, dass der Lehre vom geborenen Verbrecher ein durchaus brauchbarer Kern zugrunde liegt. So richtig es ist, dass für das Zustandekommen der verbrecherischen Tat selbst immer noch eine ganze Reihe von rein äusseren, in gewissem Sinne zufälligen Umständen eine wesentliche Rolle spielen, so fest steht es auf der anderen Seite, dass es Formen der Veranlagung gibt, die unter den bei uns herrschenden Lebensbedingungen mit einer gewissen Notwendigkeit zum Kampfe gegen die Gesellschaftsordnung getrieben werden.

Es ist das Verdienst der italienischen Schule, die besonderen anthropologischen Begleiterscheinungen dieser verbrecherischen Anlage nach den verschiedensten Richtungen hin untersucht zu haben. Nach Lombrosos Angaben sollen ungefähr 25% der Verbrecher, unter den Mördern noch mehr, den Stempel des Delinquente nato tragen. Wir werden in der Annahme schwerlich fehl gehen, dass es sich dabei einfach um verschiedene Abstufungen der psychopathischen Entartung handelt. Die leichteren Formen gehen ganz allmählich in die dürftigeren und reicheren sittlichen Veranlagungen des gesunden Lebens über, deren Mannigfaltigkeit gewiss nicht geringer ist, als diejenige der Verstandesbegabungen. Auf der anderen Seite aber stehen jene Persönlichkeiten, deren erschreckende sittliche Unfähigkeit immer deutlicher die Züge krankhafter Entartung erkennen lässt.

Für diese schwersten Formen verbrecherischer Anlage würde

die Bezeichnung des moralischen Irreseins oder moralischen Schwachsinns auch heute noch ihre gewisse Berechtigung haben. Bisher ist allerdings diese Form nach meiner Meinung ein Sammelbegriff für eine Reihe ganz verschiedenartiger Zustände, deren genauere Trennung gewiss zur Klärung der Frage beitragen würde. Namentlich dürfte es sich empfehlen, die konstitutionell Erregten, die Haltlosen und die krankhaften Schwindler von der hier zu schildernden Gruppe abzuscheiden, die wesentlich durch ihre angeborene sittliche Stumpfheit gekennzeichnet ist.

Der Verstand dieser Kranken ist innerhalb der Grenzen des praktischen Lebens leidlich entwickelt. Sie fassen gut auf, sammeln eine gewisse Summe von Kenntnissen und Erfahrungen, die sie, vielfach mit schlauer Berechnung, zu ihrem Vorteil zu verwerten wissen, zeigen keine Gedächtnislücken und keine groben Verstösse in der Folgerichtigkeit ihres Denkens. Dennoch fehlt ihnen meist die Fähigkeit, allgemeine Gesichtspunkte zu gewinnen, höhere Geistesarbeit zu leisten, sich eine zusammenhängende Lebens- und Weltanschauung zu bilden. Insbesondere haben die Kenner der Verbrechernatur stets auf den Mangel an weiterblickender Überlegung und Voraussicht aufmerksam gemacht. Die geborenen Verbrecher sind Augenblicksmenschen, die nicht das Bedürfnis empfinden, über die Gegenwart und die allernächste Zukunft hinauszudenken.

Auf sittlichem Gebiete zeigt sich oft schon von früher Jugend an der Mangel des Mitgefühls in grausamen Tierquälereien, boshaften Neckereien und tückischen Misshandlungen der Spielgefährten, in der Unzugänglichkeit gegen jede gemütliche Beeinflussung. Daraus entwickelt sich weiterhin unverhülltes Hervortreten der ausgeprägtesten Selbstsucht sowie Fehlen des Ehrgefühls und jeglicher Anhänglichkeit an Eltern und Geschwister. Hierher gehören jene ungeheuerlichen Kinder, die schon im zartesten Alter ihre Angehörigen zu ermorden trachten, um deren Kleider zu besitzen, und dann mit stumpfer Selbstverständlichkeit über die Einzelheiten ihres Planes berichten, unter ausdrücklichem Bedauern darüber, dass er misslungen sei. Alle erziehlichen Einwirkungen bleiben fruchtlos, weil eben die wertvollsten Hilfsmittel derselben, Liebe und Ehrgeiz, hier keinen Anknüpfungspunkt finden. Nur die einfache Vergewaltigung vermag noch die

Äusserungen einer wilden Selbstsucht zu unterdrücken. Ihr wird aber sehr bald durch Falschheit, schlaue Verschlagenheit, Hinterlist, durch Verstocktheit, unbändigen Trotz, Neigung zu Lug und Trug begegnet. Dabei schreitet die selbstsüchtige Ausbildung der Persönlichkeit immer weiter fort. Die Gefühle der Anhänglichkeit an Eltern, Geschwister, Kameraden erstrecken sich meist nicht weiter, als ein unmittelbarer Nutzen in Aussicht steht. Das gehobene Selbstgefühl äussert sich in prahlerischer Eitelkeit, Grosstuerei, launenhaftem Eigensinn, rohen Gewalttaten, die Genusssucht in Arbeitsscheu, Ausschweifungen, unsinniger Verschwendung; daneben begegnet uns öfters eine gewisse weichliche Empfindsamkeit. In der Regel besteht geringe Widerstandsfähigkeit gegen Verführungen und plötzliche Antriebe, grosse gemütliche Reizbarkeit, Rachsucht, Unzuverlässigkeit, Planlosigkeit und Zerfahrenheit der gesamten Lebensführung, Empfindlichkeit gegen Alkohol.

Es liegt auf der Hand, dass eine derartige Veranlagung mit einer gewissen Notwendigkeit in die Verbrecherlaufbahn hineintreiben muss. Dieselbe beginnt gewöhnlich mit Fortlaufen von Hause und aus der Schule, planlosem Herumtreiben, Betteln und kleinen Diebstählen, vielfach unter Bandenbildung, beim weiblichen Geschlechte mit der gewerbsmässigen Unzucht. Sehr häufig folgt nunmehr die Unterbringung in einer Zwangserziehungsanstalt. Mönkemöller*) hat ein sehr lehrreiches Bild von den Insassen einer derartigen Anstalt entworfen, unter denen er etwa $1/3$ ausgesprochen Schwachsinnige fand. Aber auch bei der grossen Mehrzahl der Übrigen waren die Zeichen der Entartung deutlich, namentlich die tiefwurzelnde Abneigung gegen jede regelmässige Tätigkeit und das Fehlen aller Interessen, die über das Nächstliegende hinausgehen. Kennzeichnend dafür ist die Erfahrung, dass nur 3 unter 200 Zöglingen den Namen des Arztes kannten, der sich eingehend mit ihnen beschäftigt hatte, obgleich Mönkemöller etwa 73 unter ihnen als „geistig normal“ bezeichnen zu dürfen glaubt. Die hierhin gehörigen Kinder der wohlhabenderen Stände erschrecken ihre Eltern schon früh durch Roheit, Lügenhaftigkeit, unverbesserliche Faulheit, Diebstähle und Unter-

---

*) Mönkemöller, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LVI, 14.

schlagungen, wandern von einer Erzieherhand in die andere, überall mit dem gleichen Misserfolge, bis es endlich unmöglich wird, sie vor den schweren Folgen ihrer Handlungen zu schützen.

Das weitere Leben dieser sittlich unfähigen Persönlichkeiten ist ein dauernder Kampf mit der Gesellschaftsordnung. Sehr bald entwickelt sich in ihnen das Gefühl eines trotzigen Gegensatzes zu jener Gesellschaft, die sie ausstösst. Sie sind weit entfernt davon, die Ursache ihres herben Schicksals, das sie verdammt, ihr Leben in Gefängnissen und Zuchthäusern zuzubringen, in ihrem eigenen Handeln zu suchen. Vielmehr fühlen sie sich als Märtyrer, die man grausam verfolgt, obgleich sie nur gehandelt haben, wie jeder Andere in ihrer Lage es auch getan haben würde, und gewiss nicht schlechter seien, als mancher Andere, der in Ehren und Reichtum dahinlebe. Regelmässig fehlt ihnen auch das Verständnis für die voraussichtliche weitere Entwicklung ihres Lebens. Sie sind überzeugt, dass es ihnen schon gelingen werde, wieder in die Höhe zu kommen, selbst dann, wenn sie entschlossen sind, sofort zu ihrem alten Handwerk zurückzukehren.

Den Druck der Gefangenschaft ertragen manche von ihnen mit schmiegsamer Gefügigkeit, während andere durch ihre Neigung zu Unbotmässigkeit, Hinterlist, Nörgeleien, Hetzerei, Komplottiererei auch in der Strafanstalt den Kampf gegen die Ordnung fortsetzen. Dabei sind sie im allgemeinen feig, weniger zu offener Gewalttat, als zu passivem Widerstande und heimlicher Wühlarbeit geneigt. Auch ihre Empfindlichkeit gegen körperlichen Schmerz ist vielfach auffallend gross; öfters bestehen ausgeprägte hypochondrische Neigungen. Bemerkenswert ist ihre Unzugänglichkeit gegen jedes freundliche Entgegenkommen, dem sie ein unausrottbares, kaltes Misstrauen entgegenzusetzen pflegen.

Aus den Reihen dieser sittlich minderwertig veranlagten Persönlichkeiten geht ein grosser Teil derjenigen Verbrecher hervor, die Aschaffenburg als „Berufsverbrecher“ von den Gewohnheitsverbrechern abgetrennt hat. In ihnen entwickelt sich eine wachsende Freude an dem gefahrvollen Kampfe mit dem Gesetze, ein Stolz über die eigenen Leistungen, ein zielbewusstes Streben nach Ausbildung aller Hilfsmittel, die zum Erfolge führen können. Auf diese Weise kommt es zur Entwicklung der

verbrecherischen „Spezialitäten“, bei denen uns die Schlauheit des Planes oft in gleicher Weise in Erstaunen setzt, wie die in langer, einförmiger Übung erworbene Kühnheit und Gewandtheit der Durchführung. Allerdings darf man nicht ausser Acht lassen, dass es sich dabei meist um die Wiederholung uralter, von Geschlecht zu Geschlecht überlieferter, nur ein wenig verfeinerter und umgemodelter Kniffe handelt. Andererseits ist oft auch wieder die Unvorsichtigkeit und Kopflosigkeit erstaunlich, mit welcher der Erfolg eines wohldurchdachten verbrecherischen Unternehmens nachträglich wieder in Frage gestellt wird.

Dass sich die Entwicklung von Verbrechernaturen sehr häufig mit ausgeprägter körperlicher Entartung verbindet, kann nicht bezweifelt werden. Wenn auch die Bestrebungen Lombrosos und seiner Schule, bestimmte anthropologische Merkmale des geborenen Verbrechers aufzufinden, über das Ziel hinausschiessen dürften, hat der Ausdruck „Galgenphysiognomie“ doch seine entschiedene Berechtigung. Niemand wird sich dem überwältigenden Eindrucke entziehen können, den der gleichzeitige Anblick einer grösseren Anzahl von Zuchthausgefangenen darbietet. Man erkennt hier auf den ersten Blick, dass man eine Sammlung von Personen vor sich hat, die fast alle in irgend einer Weise verbildet und missraten sind. Nicht bestimmte, immer wiederkehrende Abweichungen sind es, die uns dabei auffallen, sondern es ist die Häufung der verschiedenartigsten Entartungszeichen, die uns unmittelbar klar macht, dass bei schwereren Verbrechern vielfach auch die körperliche Veranlagung minderwertig ist.

Mit diesem allgemeinen Eindrucke steht das Ergebnis der Messungen und Zählungen in bester Übereinstimmung. Überall hat sich herausgestellt, dass die Grösse und Zahl der Entartungszeichen bei Verbrechern bedeutender ist, als bei der übrigen Bevölkerung. Das beweist natürlich nichts für den einzelnen Fall, umsoweniger, als die für uns erkennbaren Abweichungen meist an sich für das Seelenleben völlig belanglos sind und nur den Hinweis auf die Wahrscheinlichkeit einer Schädigung wichtigerer Teile bedeuten. Eine gegebene Persönlichkeit kann daher trotz zahlreicher Entartungszeichen doch psychisch durchaus vollwertig sein. Dagegen werden wir unter einer grösseren Anzahl derartig gezeichneter Menschen erwarten dürfen, einen höheren Satz

psychischer Abweichungen zu finden, als unter denen, die keine solchen Verbildungen darbieten. Freilich brauchen sie darum noch keine Verbrecher zu sein. Vielmehr ist der geborene Verbrecher nur eine der verschiedenartigen Formen, in denen sich die Entartung äussert.

Die allgemeinen Ursachen, aus denen die hier besprochene sittliche Verkümmerung hervorgeht, sind somit dieselben, die wir auch sonst als Quellen der Entartung kennen gelernt haben. In erster Linie steht der Alkoholismus der Erzeuger. Mönkemöller fand unter seinen 200 Zwangszöglingen nicht weniger als 78, deren Väter Trinker gewesen waren; 5mal hatte die Mutter, 2mal hatten beide Eltern getrunken. Ausserdem liessen sich 24mal Geistesstörung, 26mal Epilepsie und ebenso oft anderweitige nervöse Erkrankungen bei den Eltern nachweisen. Den Einfluss der Erziehung auf die Entwicklung der sittlichen Persönlichkeit könnte die Tatsache beleuchten, dass der Satz der unehelich Geborenen unter den Verbrechern und Zwangszöglingen erheblich über dem Durchschnitte steht. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die unehelichen Geburten schon von vornherein weit häufiger bei psychisch Minderwertigen zustande kommen, und dass hier bei der Zeugung der Alkoholeinfluss eine sehr bedeutende Rolle spielt. Es ist also gewiss nicht der Mangel der Erziehung allein, der in der Häufigkeit der unehelich Geborenen unter den Verbrechern zum Ausdrucke gelangt, sondern zum guten Teil auch derjenige der Vererbung psychischer Unzulänglichkeit und die keimschädigende Wirkung des Alkohols.

Jedenfalls sprechen diese Tatsachen, ferner die weite Verbreitung körperlicher Entartungszeichen, endlich die Unzugänglichkeit der eigentlichen Verbrechernaturen gegen alle erziehlichen Einflüsse des Elternhauses und des Lebens dafür, dass wir es wenigstens bei einer gewissen Gruppe von Fällen mit abnormer, allmählich in das Krankhafte hinüberführender Veranlagung zu tun haben. Auch daran darf erinnert werden, dass ein gewisser Teil dieser Personen nach einer längeren Verbrecherlaufbahn an schweren, zur Verblödung führenden Geistesstörungen erkrankt, besonders an paranoiden Formen der Dementia praecox. In zwei Fällen angeborener stumpfer Gemütlosigkeit, die beide zum Morde führten und unter dem Fallbeil endeten, fand Nissl unzweifel-

hafte chronische Veränderungen an den Rindenzellen, ein Beweis dafür, dass auch bei solchen Menschen, die, wie jene Beiden, im Leben nicht als eigentlich geisteskrank, sondern als sittlich verkommen angesehen werden mussten, unter Umständen krankhafte Vorgänge im Hirn vorhanden sind. Allerdings wird es immer schwer sein, allgemein die Grenzen zwischen der Gesundheitsbreite und unzweifelhafter Krankheit zu ziehen; die Sache liegt hier nicht anders, als auf den übrigen Gebieten des Entartungsirreseins. Aus diesem Grunde pflegt insbesondere der Richter der Annahme eines moralischen Schwachsinns mit starkem Misstrauen zu begegnen. Namentlich das Zurückreichen der sittlichen Unfähigkeit bis in die frühe Jugend bei genügender Verstandesbildung, ferner die völlige Unzugänglichkeit für alle auf das Gemüt wirkenden Einflüsse wird für die Annahme einer krankhaften Persönlichkeit sprechen. Auch das Vorhandensein deutlicher und zahlreicher körperlicher Entartungszeichen, ebenso der Nachweis von keimschädigenden Einflüssen, Alkoholismus oder Geisteskrankheiten bei den Eltern, ist gewiss nicht ohne Bedeutung, darf aber für den einzelnen Fall nur als Aufforderung zu genauerer Prüfung des Geisteszustandes, nicht als Beweis für dessen Krankhaftigkeit verwertet werden. Dabei ist jedoch zu beachten, dass manche unserer Kranken in der Zucht und im Schutze des Gefängnisses oder der Anstalt kaum auffallendere Störungen darbieten, sondern die ganze Grösse ihrer sittlichen Unfähigkeit erst dann deutlich zeigen, wenn sie sich selbst überlassen und den mannigfachen Verlockungen des Lebens haltlos preisgegeben sind.

Die Behandlung des geborenen Verbrechers bietet leider wenig Angriffspunkte und noch weniger Aussichten auf Erfolg. Wenn eine ruhige, strenge, aber zugleich wohlwollende Erziehung im kleinen Kreise, womöglich unter psychiatrischer Aufsicht, nicht zum Ziele führt, so wird das Betreten der Verbrecherlaufbahn kaum verhindert werden können. Freilich hat Lombroso die Ansicht vertreten, dass manche derart veranlagte Personen unter günstigen Umständen mit dem Gesetze gar nicht in offenen Widerstreit zu geraten brauchen, sondern ihre verbrecherischen Neigungen auf anderen, vielfach auch verborgenen Wegen befriedigen können. Jedenfalls gilt das nur für die leichteren, noch der

Gesundheitsbreite angehörenden Formen. Bär berichtet indessen, dass sich hie und da bei ursprünglich völlig gemütlosen Kindern späterhin doch noch eine Besserung eingestellt habe. Es ist auch bekannt, dass gewisse früh auftretende verbrecherische Neigungen, der Hang zur Lüge, zum Diebstahl, zur Grausamkeit sich mit zunehmender psychischer Reife fast spurlos wieder verlieren können. Es hat demnach den Anschein, als ob es sich dabei um die nachträgliche Entwicklung fehlender Eigenschaften und Fähigkeiten handele, eine Erscheinung, der wir auf dem Gebiete des Verstandes in ähnlicher Weise begegnen; ich bin wenigstens angesichts anderweitiger Misserfolge nicht geneigt, in solchen Fällen nur dem Einflusse der Erziehung jenen günstigen Verlauf zuzuschreiben. Für das spätere Leben ist die Einspannung in eine geregelte Tätigkeit unter genügender Überwachung, sodann die sorgfältige Auswahl der Gesellschaft, endlich die Fernhaltung der Verführung zu alkoholischen und geschlechtlichen Ausschweifungen die Hauptaufgabe. Allerdings wird das alles nur in leichten Fällen durchzuführen sein; ausgebildete Verbrechernaturen fallen früher oder später unrettbar ihren gesellschaftsfeindlichen Trieben zum Opfer.

B. Die Haltlosen.

Eine zweite grosse Gruppe psychopathischer Persönlichkeiten bilden die Haltlosen oder, wie die Franzosen sie nennen, die „Instablen". Sie sind gekennzeichnet durch eine die gesamte Lebensführung beherrschende Willensschwäche. Die Verstandesbegabung ist hier bisweilen eine ganz gute, oft auch nur mittelmässig. Einzelne Kranke blenden durch die Schnelligkeit ihrer Auffassung, die Leichtigkeit, mit der sie sich neue Dinge einprägen, die Gewandtheit, mit der sie wiederzugeben und sich auszudrücken verstehen. Vielfach besitzen die Kranken eine scharfe Beobachtungsgabe, erkennen rasch die Schwächen und Eigenheiten ihrer Umgebung, zeigen Lebhaftigkeit und Beweglichkeit des Geistes, verstehen es vortrefflich, ihr Wissen an den Mann zu bringen. Dagegen fehlt ihnen vollständig die Kraft zu ausdauernder, ehrlicher Arbeit. Sie beginnen mit grossem Eifer, ermüden

jedoch ungemein leicht, sind daher ausserstande, einen regelrechten Bildungsgang planmässig zum Abschlusse zu bringen. Nirgends dringen sie in die Tiefe; ihr Wissen bleibt überall oberflächlich und lückenhaft; es wird oft leicht erworben, aber nicht geistig verarbeitet und deswegen ebenso schnell wieder vergessen. In der Schule werden bisweilen an ihre Begabung grosse Erwartungen geknüpft, die sie dann wegen ihrer Flüchtigkeit und Unzuverlässigkeit nicht erfüllen. Es sind jene Kinder, von denen man annimmt, dass sie weit Besseres leisten könnten, wenn sie nur wollten; leider können sie nicht wollen.

Die höhere geistige Ausbildung bleibt regelmässig eine mangelhafte. Die Begriffsbildung ist unklar und verschwommen, das Urteil unreif und einseitig, das Verständnis des Lebens unentwickelt und kurzsichtig. Das Interesse richtet sich auf das Spielerische, auf den seichten Lebensgenuss, während tiefergehende Fragen keinen Widerhall finden. Öfters begegnet man dem Hange zu Träumereien, zu dichterischen oder theatralischen Versuchen, seichter Schriftstellerei, künstlerischen Betätigungen, aber alles ohne Ernst und Vertiefung.

Die Gemütslage der Kranken ist meist starkem Wechsel unterworfen, bald gehoben und zuversichtlich, bald mehr weichlich empfindsam oder weltschmerzlich. Sie sind ungemein leicht begeistert, aber ebenso schnell wieder entmutigt, alles nur für kurze Zeit. Gewöhnlich besteht eine erhöhte Reizbarkeit, Launenhaftigkeit und Empfindlichkeit. Die Kranken fühlen sich leicht gekränkt und zurückgesetzt, werden misstrauisch und ungerecht, lassen sich aber auch rasch wieder umstimmen. Sehr gewöhnlich gestaltet sich das Verhältnis zu den nächsten Angehörigen allmählich ungünstig. Da die Kranken meist eine schwere Last für ihre Familie bedeuten, die noch dazu ihre Mängel vom sittlichen Standpunkte aus zu beurteilen pflegt, werden sie auf alle mögliche Weise erzogen, allerdings meist ganz vergebens. Dadurch entwickelt sich bei den einsichtslosen Kranken eine gewisse Missstimmung und Verbitterung, deren letzte Ursache sie nicht in ihrem eigenen Verhalten, sondern in der Lieblosigkeit der Ihrigen suchen. Obgleich sie im allgemeinen harmlos und gutmütig sind, werden sie doch von ausgeprägtester Selbstsucht beherrscht. Ihr eigenes Wohl und Wehe spielt in ihrem Gesichts-

kreise eine gewaltige Rolle, während sie für die Interessen ihrer Umgebung geringes Verständnis und noch weniger Teilnahme zeigen. Sich Entbehrungen aufzuerlegen, sind sie nicht geneigt, erheben vielmehr Anspruch auf Behaglichkeit und Befriedigung ihrer nicht immer geringen Lebensbedürfnisse, empfinden jede Einschränkung als unverdiente Kränkung. Häufig besteht eine gewisse Eitelkeit, die sich in weibischer Pflege von Äusserlichkeiten, gewählter Ausdrucksweise, Neigung zu Prahlerei und Grosstun kundgibt.

Der Mangel an Ausdauer, Widerstandsfähigkeit und Tatkraft tritt oft erst dann in seiner vollen Bedeutung hervor, wenn die Kranken aus dem Schutze der häuslichen Verhältnisse heraustreten. Bis dahin war ihr Verhalten wesentlich von demjenigen ihrer Kameraden abhängig, da sie dem Einflusse des Beispiels und der Überredung in höchstem Masse unterworfen sind. Sie gelten auf der Schule wohl als ablenkbar und flatterhaft, lassen sich leicht zu dummen Streichen hinreissen, sind aber erzieherischen Massregeln zugänglich, wenn auch ohne Nachhaltigkeit. Sobald sie jedoch auf eigene Füsse gestellt werden, verlieren sie bald jeden Halt. Da die Arbeit ihnen nicht zusagt, wechseln sie vielmals ihre Tätigkeit, in der Hoffnung, eine leichtere Beschäftigung zu finden. Sie sind unpünktlich, vernachlässigen ihre Aufgaben, halten die Arbeitsstunden nicht ein, lassen sich durch die geringfügigsten Umstände von der Erfüllung ihrer Pflichten abhalten. Die Schuld für ihre Untätigkeit suchen sie auf alle möglichen Ursachen zurückzuführen. Hier ist die Beschäftigung zu geisttötend, dort zu anstrengend, hier das Arbeitszimmer zu ungesund, dort der Vorgesetzte zu grob. Jede gemütliche Erregung, die durch die lächerlichsten Kleinigkeiten hervorgerufen wird, raubt dem Kranken die Möglichkeit der Betätigung für einige Zeit; er kann dann unter keinen Umständen weiter arbeiten, muss sich erst beruhigen, Theater und Konzerte besuchen, um sich wieder zu zerstreuen. Sehr häufig sind hypochondrische Klagen. Die Kranken sind für ihre Gesundheit ungemein besorgt, fühlen sich sofort angegriffen, bekommen Kopfschmerzen, Ermattungsgefühle, sobald sie kaum ans Werk gegangen sind. Infolgedessen werden sie überall nach kurzer Zeit als unbrauchbar fortgeschickt, höchstens als unbezahlte Mitläufer ge-

duldet, sind gänzlich unfähig, sich irgend eine selbständige Lebensstellung zu erringen.

Dennoch fehlt fast immer das Gefühl für das Beschämende dieser Lage. Die Kranken finden es ganz in der Ordnung, dass man sie ernährt, glauben ihr Verhalten durch die Umstände völlig gerechtfertigt. Obgleich sie nichts verdienen, gehen sie mit dem Gelde sehr sorglos um, kaufen in unnötigen Mengen ein, was ihnen gefällt, oft ganz unnütze Dinge, versagen sich keinen Wunsch, ohne sich Gedanken über die Zukunft zu machen.

Dazu kommt, dass sie nur allzu leicht der Verführung unterliegen. Gelingt es, sie unter eine gewisse Bevormundung zu bringen, so sind sie zwar schlaffe, leistungsunfähige, bestimmbare Menschen, aber sie führen ihr tatenloses Leben doch ohne gröbere Störungen, füllen es mit Herumbummeln und nichtigen Liebhabereien, mit Erholung ohne Ermüdung, mit Kuren ohne Erkrankung aus. In schlechter Gesellschaft aber geben sie sich rückhaltslos geschlechtlichen Ausschweifungen hin, infizieren sich, fangen an, zu trinken, zu spielen, ihr Geld sinnlos zu vergeuden. Unter solchen Einflüssen können sie unter Umständen auch einmal zu sehr bedenklichen, ja verbrecherischen Handlungen kommen. Solche Kranke sind es, bei denen sich zuweilen das Bild der „Pseudodipsomanie“ entwickelt. Sie leben vielleicht monatelang völlig enthaltsam, geraten dann aber bei irgend einer Gelegenheit, die ihren schwachen Willen überwältigt, in ganz unsinniges Trinken hinein, hören nicht eher auf, als bis sie schwer betrunken oder ihre Mittel versiegt sind. Hier ist es nicht eine Verstimmung, die den Kranken zum Alkohol treibt, sondern ein ganz zufälliger Anlass, ein guter Freund, ein Abschiedsfest. Darum ist auch von einer periodischen Wiederkehr keine Rede, sondern äussere Umstände sind massgebend. Der Kranke wird ferner durch den Alkohol nicht erregt, sondern einfach betrunken.

Die leichteren Grade der hier geschilderten Willensschwäche sind ohne Zweifel ungemein häufig. Wir dürfen wohl annehmen, dass ein sehr grosser Teil der „Gewohnheitsverbrecher“, wie Aschaffenburg sie umgrenzt, namentlich aber eine Menge von Landstreichern, Bettlern und wohl auch Prostituierten dieser Gruppe angehört. Als eigentlich krankhaft erscheint die Haltlosigkeit in der Regel erst dann, wenn sie mit den äusseren

Lebensbedingungen in entschiedenen Widerspruch tritt. Bei den unehelich Geborenen, den früh Verwaisten, bei den in Armut und Verkommenheit Aufgewachsenen oder in den Sumpf des Kneipenlebens Geratenen wundern wir uns nicht weiter, wenn sie jeder Verführung anheimfallen, sich willenlos vom Zufall treiben lassen, von der Hand in den Mund leben, arbeitsscheu auf den Landstrassen herumstreichen. In der Tat gehört unter solchen Bedingungen schon ein höherer Grad von ursprünglicher Tatkraft dazu, sich selbst zu behaupten und im Kampfe ums Dasein nicht unterzugehen. Dennoch lehrt die Untersuchung der Landstreicher, dass sich unter ihnen eine ganze Anzahl findet, die nicht durch ungewöhnliche Schicksale, sondern durch ihre angeborene Haltlosigkeit in diesen Strom hineingerissen wurden. Sehr deutlich wird dieser Zusammenhang bei den Sprösslingen der wohlhabenderen Stände, bei denen trotz anscheinend guter Veranlagung und trotz aller erzieherischen Bemühungen alle Hoffnungen an der Schlaffheit und Haltlosigkeit zu schanden werden. Man wird hier in den Familien kaum jemals die Spuren der Entartung vermissen, deren klinische Kennzeichen das Krankheitsbild selber darbietet. Gerade die Abulie, die Unfähigkeit, Widerstände zu überwinden, tatkräftig zu handeln, haben wir ja als eine der wichtigsten Begleiterscheinungen der Nervosität kennen gelernt.

Das allmähliche Versagen der Kranken beim Herantreten an ernstere Lebensaufgaben kann den Erfahrungen ähneln, die wir bei der Dementia praecox gemacht haben. Allein es handelt sich hier ohne Zweifel um gänzlich verschiedene Dinge. Die Haltlosigkeit führt wohl zum Müssiggange und zum Verzichten auf einen Wirkungskreis, aber niemals zur Verblödung. Die Kranken bleiben im wesentlichen, was sie von Jugend auf waren; sie werden nicht stumpf und teilnahmlos, sondern nur arbeitsscheu, behalten ihre Liebhabereien, haben durchaus das Bedürfnis, ihre Zeit in irgend einer ihnen angenehmen Weise auszufüllen. Trotz aller schiefen und einseitigen Auffassungen entwickeln sich keinerlei wirkliche Wahnideen, ebenso wenig Sinnestäuschungen. Die Kranken bleiben endlich natürlich in ihrem Benehmen; ihr Wollen ist schwach und bestimmbar, aber niemals verschroben.

Auch gewisse Ähnlichkeiten mit anderen Formen des Entartungsirreseins wird man nicht verkennen. Die erhöhte Be-

einflussbarkeit erinnert an die Hysterie, aber es fehlen hier die ausgedehnten Nebenwirkungen der Gemütsbewegungen auf körperliche Vorgänge; immerhin werden hier und da einzelne hysterische Züge beobachtet. Mit dem geborenen Verbrecher haben die Haltlosen die Zugänglichkeit für Verführungen, die Arbeitsscheu, die Oberflächlichkeit der Verstandesleistungen, den Mangel an Voraussicht, die Selbstsucht gemein; zudem werden auch sie häufig genug auf die Verbrecherlaufbahn getrieben. Dennoch sind beide Formen psychopathischer Persönlichkeiten wohl zu unterscheiden. Hier fehlt durchaus die Leidenschaftlichkeit und Nachhaltigkeit, die den geborenen Verbrecher auszeichnet. Von einem selbständigen verbrecherischen Willen, von einem berufsmässigen Kampfe gegen Gesetz und Gesellschaftsordnung ist keine Rede. Wo Verbrechen begangen werden, kommen sie durch Gelegenheit und Verführung zustande, und sie beschränken sich auf Handlungen, die weder Entschlossenheit noch Tatkraft erfordern.

Da die krankhafte Haltlosigkeit eine Erscheinungsform der Entartung darstellt, erscheint eine eigentliche Behandlung derselben von vornherein so ziemlich ausgeschlossen. Wie weit die Erziehung im einzelnen Falle durch planmässiges Anhalten zu regelmässiger Pflichterfüllung und Entwicklung der körperlichen Leistungsfähigkeit noch etwas zu erreichen vermag, hängt ganz von der Schwere der Störung ab. In späteren Jahren können öfters vielleicht die Nervenheilstätten mit ihrer Anleitung zur Arbeit noch günstig wirken; auch allerlei allmählich sich ausbildende krankhafte Hemmungen liessen sich wohl dort beseitigen. Leider werden die Kranken sich nur selten aus freien Stücken dazu entschliessen, sich auf längere Zeit dem ihnen sehr lästigen Zwange zu unterwerfen. In einigen Fällen habe ich recht gute Erfolge von der dauernden Durchführung der Alkoholenthaltsamkeit gesehen. Es gelingt unter günstigen Verhältnissen, die Kranken längere Zeit vor Rückfällen zu bewahren. Allerdings werden sie dadurch keine anderen Menschen, aber es ist doch augenfällig, wie sehr die Fernhaltung jenes gefährlichsten Feindes unserer Willenskraft imstande ist, schlimmen Entgleisungen vorzubeugen, die allgemeine Lebenshaltung unserer Kranken zu heben und den Rest von Leistungsfähigkeit, der ihnen geblieben ist, noch fruchtbar zu machen.

C. Die krankhaften Lügner und Schwindler.

Das Krankheitsbild der abnormen Lügner und Schwindler, der „Pseudologia phantastica“ ist namentlich von Delbrück genauer umgrenzt worden. Wir haben es dabei im wesentlichen mit einer krankhaften Übererreglichkeit der Einbildungskraft und mangelhafter Treue der Erinnerung, daneben aber auch mit einer gewissen Unstetigkeit im Bereiche der Gefühle und des Willens zu tun. Diese Kranken erscheinen auf den ersten Blick oft besonders begabt. Sie fassen ungemein schnell auf, finden sich in neue Verhältnisse mit überraschender Leichtigkeit hinein, eignen sich spielend Einzelkenntnisse an, die sie vorzüglich weiter zu verwerten wissen, geographische und geschichtliche Tatsachen, Citate aus Dichtern, selbst fremde Sprachen. Sie vermögen sich über die verschiedensten Gebiete fliessend zu unterhalten, haben von allem gehört und urteilen mit grosser Sicherheit. Auf diese Weise können sie den Anschein umfassender Bildung und Belesenheit erwecken. Bei genauerer Prüfung stellt sich indessen heraus, dass sie überall nur einzelne, zusammenhangslose Brocken aufgefangen haben, dass ihr Wissen ein ganz oberflächliches ist und in Wirklichkeit nur ein unklares Gemisch gänzlich unverarbeiteter und vielfach unverstandener oder stark verfälschter Einzelheiten darstellt. Dem Denken fehlt Planmässigkeit, Ordnung und Zusammenhang, dem Urteil Reife und Sachlichkeit, der gesamten Lebensauffassung Tiefe und Ernst.

Mit der Zugänglichkeit für neue Eindrücke verbindet sich hier fernerhin eine ausserordentliche Beweglichkeit des Erinnerungsinhaltes. Beide Erscheinungen sind wohl der Ausdruck einer und derselben Grundstörung, einer erhöhten Labilität der psychischen Vorgänge. Erinnerungen, Stimmungen, Wünsche, zufällige Anstösse verändern und färben die Züge des Erlebten in der entscheidendsten Weise, so dass binnen kurzem ein unentwirrbares Gemisch aus Wahrheit und Dichtung entsteht. Wie stark derartige Störungen der Erinnerungstreue schon auf gesundem Boden werden können, beweisen die ungeheuerlichen

Widersprüche zwischen gutgläubigen Zeugenaussagen bei langen und aufregenden Prozessen, die zahlreichen hier auftauchenden Erfindungen, die mit vollster Überzeugungstreue vorgebracht werden. Bei den krankhaften Lügnern können diese Fälschungen und Verfälschungen der Erinnerung in grösstem Massstabe stattfinden. Zunächst besteht dabei wohl noch ein unklares Gefühl für die Unrichtigkeit des Vorgebrachten, eine gewisse Unsicherheit. Sehr bald aber verbinden sich erlebte und erfundene Einzelheiten so innig, dass die Kranken sich selbst über den Ursprung der Einzelheiten keine Rechenschaft mehr zu geben vermögen.

Seine besondere Eigenart aber erhält das Krankheitsbild durch die Befriedigung, die sich hier an die willkürliche Verfälschung der Erinnerungen knüpft, durch die „Lust am Fabulieren". Die Kranken zeigen die lebhafte Neigung, auch die gleichgültigsten Auskünfte durch Abänderungen und Zusätze auszuschmücken; sie sind oft nicht imstande, einen und denselben Vorgang zweimal in der gleichen Weise wiederzugeben, sondern bringen immer neue Lesarten. Die Beweglichkeit ihrer Einbildungskraft veranlasst sie, sich unwirkliche Ereignisse auszumalen, sich in romanhafte Lebenslagen hineinzuträumen, schliesslich, sie als tatsächliche Geschehnisse zu erzählen und in stets wechselnde Formen zu kleiden. Eine Kranke Reinhards gefiel sich darin, ihren Freundinnen Briefe voll derartiger Erfindungen zu schreiben, um auf diese Weise die nüchterne Wirklichkeit zu beleben; sie schrieb an Andere und an sich selbst anonyme Briefe, um doch auch einmal etwas Anonymes zu haben.

Auf diese Weise gelangen die Kranken dazu, sich in ein Gewirr von Angaben und Erzählungen zu verstricken, aus dem es keinen anderen Ausweg gibt, als neue kühne Erfindungen. Einer meiner Kranken tischte uns täglich ein neues Märchen über seine früheren Schicksale auf, jedesmal in dem Tone aufrichtiger Reue über die bisher vorgebrachten Unwahrheiten und mit der Versicherung, dass er nun endlich sein Herz erleichtern und die volle Wahrheit sagen wolle, da er Vertrauen gefasst habe. Die abenteuerlichsten Erlebnisse werden mit vornehmer Selbstverständlichkeit, vorsichtiger Geheimtuerei oder einem entsprechenden Aufwande von Gefühlsausbrüchen zum besten gegeben, Abstammung aus fürstlichem Geschlechte, über-

standene furchtbare Gefahren, mächtige Feinde, unerhörte Zufälle, ganz wie in Schundromanen; manche Einzelheiten werden auch geradezu dem Gelesenen entnommen. Der Inhalt kann nach Bedarf oder Laune wechseln, doch kehren gewisse Grundzüge gern wieder. Man hat oft den Eindruck, dass sich die Kranken ganz in ihre Erdichtungen hineindenken, wie weiland Don Quichote in die Rittererzählungen. Von wirklichen Wahnbildungen, an die man erinnert werden kann, ist jedoch keine Rede. Die Kranken wissen wohl, dass sie fabulieren, aber sie lassen sich von ihrem Stoffe hinreissen und spinnen ihn eifrig weiter, wie die wahren Dichter, ohne sich über ihr Treiben Rechenschaft zu geben. Späterhin werden sie schon durch ihre früheren Aussagen zu neuen Erdichtungen genötigt, aber auch ohne diesen äusseren Grund vermögen sie dem inneren Anreize nicht zu widerstehen, bei jedem Anlasse ihrer Einbildungskraft die Zügel schiessen zu lassen. Zeitweise vergessen sie auch wohl ganz die Grenzen zwischen Wirklichkeit und Erfindung. Auf Vorhalt schlagender Gegenbeweise zeigen sie sich entweder zerknirscht, geloben Besserung, um durch ein neues, mit feierlichen Versicherungen verbrämtes abenteuerliches Lügengewebe ihr Verhalten zu rechtfertigen, oder sie leugnen schlankweg alle ihre früheren Aussagen, nehmen die Miene der gekränkten Unschuld an, lehnen jede weitere Erörterung ab. Haben sie auf diese Weise Zeit gewonnen, so pflegen sie sehr bald durch weitere Enthüllungen zu überraschen.

Die Stimmung der Kranken ist meist eine rosige und selbstbewusste. Sie leben unbekümmert in den Tag hinein, machen sich keine Sorgen, vertrauen auf ihren Stern, sind stets zu Scherz und Kurzweil aufgelegt. Dazwischen schieben sich auch wohl einmal Ausbrüche theatralischer Verzweiflung oder zorniger Reizbarkeit. Namentlich Eingriffe in die persönlichen Ansprüche pflegen mit lebhaften Erregungen beantwortet zu werden, doch sind solche Stimmungsschwankungen ziemlich oberflächlich und weichen bald wieder der gewöhnlichen selbstzufriedenen Sicherheit. Die Kranken zeigen keine Spur von Krankheitsbewusstsein, halten sich vielleicht sogar für geistig hochbegabt, ja genial, prahlen in aufdringlichster Weise mit ihren Familienverbindungen, der ausgezeichneten Erziehung, die sie genossen haben, ihren glänzenden Kenntnissen und Aussichten. Die Schuld für ihre augen-

scheinlichen Misserfolge schieben sie auf widrige Zufälligkeiten, mangelhafte Unterstützung oder Feindseligkeit der Angehörigen u. s. f. Schon bei den einfachsten Erzählungen lassen sie sich sehr leicht zu handgreiflichen Aufschneidereien hinreissen, selbst dann, wenn deren Wahrheitswidrigkeit sich auf der Stelle dartun lässt. Mehrere meiner Kranken behaupteten mit Nachdruck, eine Reihe von Sprachen in Wort und Schrift vollkommen zu beherrschen, während die Probe ergab, dass sie nur über einige wenige Brocken derselben verfügten.

In ihrem Benehmen sind die Kranken gewandt, sicher, anspruchsvoll. Sie sind ungemein neugierig, mischen sich gern überall ein, verstehen es, Eindruck zu machen, einfachen Leuten Vertrauen und Respekt einzuflössen. Einer dieser Kranken, der wegen grober Schwindeleien zur Untersuchung seines Geisteszustandes in die Klinik gebracht worden war und uns im Havelock und Zylinder verliess, wusste durch eine einzige, unnachahmlich würdevolle Handbewegung den abholenden Schutzmann zum Tragen seines Handkoffers zu veranlassen. Die Kranken haben Neigung, zu plaudern, zu lesen, beschäftigen sich auch, jedoch ohne Ausdauer, lieben Abwechslung, Zerstreuung, Aufführungen, lustige Gesellschaft. Meist verfügen sie über eine grosse Redefertigkeit, die ihnen Gelegenheit gibt, gewählte Ausdrücke, aufgefangene Brocken an den Mann zu bringen und die klaffenden Lücken ihrer Bildung zu verdecken. Sich selbst überlassen, pflegen sie ein unregelmässiges, ausschweifendes, verschwenderisches Leben zu führen, haben vornehme Gewohnheiten, kleiden sich nach neuestem Schnitt und vergeuden ihr Geld sorglos für Nichtigkeiten.

Die geschilderte Veranlagung zwingt die Kranken mit einer gewissen Notwendigkeit in die Laufbahn des Schwindlers, Hochstaplers oder Landstreichers. Schon in früher Jugend pflegt sich ihre tiefwurzelnde Neigung zu allerlei Schwindeleien kundzugeben. Ein 10jähriger Knabe meiner Beobachtung ging eines Tages plötzlich in eine Kaserne, gab sich für den Sohn des Obersten aus und nahm als solcher mehrere Tage lang Reitstunde, anstatt in die Schule zu gehen; ein anderes Mal erzählte er zu Hause fälschlicherweise, dass er ein wertvolles Schmuckstück gefunden und auf die Polizei gebracht habe. Ihre Abenteuerlust verführt die Kranken zu weiten Irrfahrten, bei denen sie ihre Erfindungsgabe

dazu benutzen, gutgläubigen Seelen die fabelhaftesten Märchen über ihre Person, ihre Vergangenheit, ihre Zukunftshoffnungen aufzubinden und ihnen das Geld aus der Tasche zu locken. Sie verstehen es, sich derart mit dem Schleier des Geheimnisses zu umgeben, dass es oft ganz unmöglich ist, auch nur ihre Persönlichkeit festzustellen. Überall treten sie als Abkömmling aus gutem Hause auf, der durch ganz besondere Ursachen veranlasst ist, zu fliehen, sich verborgen zu halten, aber die Aussicht hat, dereinst grosse Reichtümer zu erlangen. Die Wahrscheinlichkeit dieser Erzählungen wissen sie durch alle möglichen Kniffe, gefälschte Briefe und Papiere zu erhöhen, so dass ein umfangreiches, allerdings nach Bedarf immer wechselndes Lügengewebe entsteht. Sie brandschatzen alle möglichen Leute, indem sie ihnen rührende Geschichten erzählen, sich als Berufsgenossen ausgeben, tauchen überall unter anderem Namen auf, knüpfen Liebesverhältnisse an, um den vertrauensseligen Bräuten unter romanhaften Vorwänden Geld zu entlocken, bestellen unter vornehm klingenden Titeln Waren aller Art. Ihr Verfahren gleicht daher vielfach demjenigen gewöhnlicher Gauner, doch ist bemerkenswert, dass die Kranken auch in ganz belanglosen Dingen schwindeln, dass sie oft gar keinen oder unverhältnismässig geringen Vorteil aus ihren Vorspiegelungen ziehen. Manche fahren einfach in der Welt herum, erwerben sich ihren Unterhalt in unstetiger, aber rechtlicher Arbeit, prahlen und lügen ohne irgend einen anderen Beweggrund, als die Freude an ihren Erfindungen und an dem Eindrucke, den sie dadurch auf ihre Umgebung machen.

Auch die Pseudologia phantastica ist eine Erscheinungsform der Entartung. Sehr häufig ist sie von deutlichen hysterischen Krankheitserscheinungen begleitet. Dennoch werden wir das Bild nicht einfach zur Hysterie rechnen, da es auch ohne jene Zutaten beobachtet wird. Vielmehr werden wir annehmen dürfen, dass es sich in jenen Fällen um eine Verbindung zweier, innerlich miteinander verwandter, aber doch verschiedener Gestaltungen der Entartung handelt. Delbrück erwähnt eine Kranke mit conträrer Sexualempfindung. Viele Beziehungen bestehen auch zu der Gruppe der Haltlosen, bei der wir manche gemeinsame Züge angetroffen haben; ich kenne Fälle, die geradezu als Übergänge aufgefasst werden können. Endlich aber kann man

zweifelhaft sein, ob nicht manche dieser Kranken besser der früher geschilderten konstitutionellen Erregung zugezählt werden sollten. Wenn hier auch vielleicht eine ganz scharfe Grenze ebensowenig zu ziehen ist wie gegenüber anderen Formen des Entartungsirreseins, so kann uns doch die bisweilen deutlich hervortretende psychomotorische Erregung auf den richtigen Weg leiten, die an sich der Pseudologia phantastica nicht zukommt. Starke Ablenkbarkeit, auffallende Reizbarkeit, Redseligkeit und Unternehmungslust, grosse Unstetigkeit und Unruhe sprechen für jene früher beschriebene Form, bei der das Fabulieren zwar eine häufige, aber durchaus nicht notwendige Begleiterscheinung bildet. Umgekehrt dürfte die liebevolle Erdichtung von Einzelheiten, ein würdevolles Auftreten, eine üppig, aber ohne Erregung fliessende Erfindungsgabe, die geschickte Ausnutzung menschlicher Schwächen mehr der Eigenart des geborenen Schwindlers entsprechen. Von besonderer Bedeutung scheint es mir zu sein, dass bei der konstitutionellen Erregung die Neigung zum Schwindeln vielfach erst zu einer gewissen Zeit hervortritt und deutliche Schwankungen zeigen kann, während sie hier eine dauernde persönliche Eigentümlichkeit bildet. Auch häufigere, unvermittelte Stimmungsänderungen, namentlich Zeiten grundloser Niedergeschlagenheit und Verzweiflung, müssen den Verdacht auf das Bestehen einer konstitutionellen Erregung erwecken. Nach der Gesundheitsbreite geht die Pseudologia phantastica natürlich ohne scharfe Grenze in die gewöhnlichen Schwindlernaturen und weiterhin in jene Veranlagungen über, bei denen die Zuverlässigkeit der Erinnerung und namentlich auch der Wiedergabe gewohnheitsmässig durch persönliche Zutaten, Auslassungen, Färbungen gefälligere Formen anzunehmen pflegt, als die rauhe Wirklichkeit.

Über Prognose und Behandlung gilt dasselbe wie für die verwandten Formen des Entartungsirreseins. Manche dieser Kranken richten so viel Verwirrung an, dass sie dauernder Verwahrung bedürfen.

D. Die Pseudoquerulanten.

Schon bei der Schilderung des Querulantenwahnes haben wir darauf hingewiesen, dass es eine Gruppe von krankhaft veranlag-

ten Persönlichkeiten gibt, deren Verhalten eine gewisse Ähnlichkeit mit demjenigen der echten Querulanten darbietet, ohne dass es aber zur Entwicklung eines wirklichen Wahnes kommt. Wie man etwa die freien Erfindungen und Erinnerungsfälschungen der abnormen Lügner als Pseudoparanoia den paranoischen Wahnbildungen gegenüberstellen könnte, so wollen wir hier versuchen, jene eigenartige Form der krankhaften Veranlagung als „Pseudoquerulanten“ kurz zu beschreiben. Ob wir es dabei mit einer einheitlichen Gruppe zu tun haben, oder ob zweckmässig noch mehrere Formen auseinanderzuhalten wären, sei einstweilen dahingestellt.

Die Verstandesbegabung der Kranken ist vielfach mittelmässig, bisweilen aber auch recht gut. In der Regel besitzen sie eine gewisse Pfiffigkeit, die sie befähigt, kleine Vorteile auszuspähen und die Schwächen ihrer Gegner richtig zu erfassen; einzelne zeichnen sich durch Spitzfindigkeit und Neigung zur Haarspalterei aus. Das Gedächtnis ist im allgemeinen treu, verliert jedoch öfters durch persönliche Färbung der Erinnerungen an Zuverlässigkeit. Frühere Vorgänge verändern sich in der Erinnerung ganz unmerklich im Sinne der eigenen Gemütsbedürfnisse. Auch das Urteil ist einseitig, unsachlich, zu Übertreibungen geneigt, in manchen Stücken verschroben, durch lebhafte Gefühle beeinflusst. Personen und Verhältnisse werden daher vielfach schief aufgefasst und ungerecht beurteilt. Die Kranken sind auf der einen Seite ungemein leichtgläubig; Wahrnehmungen und Mitteilungen, die ihren Neigungen und Anschauungen entsprechen, werden ohne weitere Prüfung als richtig hingenommen. Sobald sie aber mit ihren Wünschen im Widerspruche stehen, begegnen sie dem äussersten, hartnäckigsten Misstrauen.

Diese stark persönliche Beeinflussung der Auffassung, der Erinnerung und des Urteils beruht auf einer erhöhten gemütlichen Erregbarkeit. Alle diese Kranken sind leidenschaftliche Menschen, die über eine Kleinigkeit in lebhafte Erregung geraten können. Jede wirkliche oder anscheinende Beeinträchtigung ihrer Rechte empfinden sie als schwere Unbill, gegen die sie sich mit den schärfsten Mitteln vorzugehen berechtigt glauben. Sie sind daher rachsüchtig und nachhaltig in ihrer Feindschaft, fassen jede Gegnerschaft persönlich auf, sind sofort be-

reit, dem Widersacher unehrliche Beweggründe unterzuschieben, den Kampf auf die verschiedensten Lebensbeziehungen zu übertragen. Mit dieser Leidenschaftlichkeit verbindet sich ein stark erhöhtes Selbstgefühl. Die Kranken halten sich nicht nur für besonders gescheidt, ihrer Umgebung überlegen, sondern sie sind auch geneigt, ihren Angelegenheiten eine Art öffentlicher Wichtigkeit beizulegen, fühlen sich als Vertreter des höheren Standpunktes. Gerade darum entwickelt sich bei ihnen aus einer an sich unbedeutenden Angelegenheit sehr leicht ein langwieriger Streit, weil sie sich verpflichtet fühlen, den Kampf ums Recht bis zum Ende durchzukämpfen und auch den Behörden gegenüber die in ihrer Person gefährdeten höchsten Rechtsgüter zu verteidigen.

Es kann nicht fehlen, dass die Verbindung von Empfindlichkeit mit Rücksichtslosigkeit und Anmassung die Kranken in vielfache Kämpfe und Schwierigkeiten mit ihrer Umgebung verwickelt. Es kommt zu zahlreichen Misshelligkeiten und Häkeleien, die allmählich einen ganzen Rattenkönig von Weiterungen nach sich ziehen. Die Kranken verfolgen jede einzelne Angelegenheit mit der grössten Verbissenheit, soweit es ihnen nur möglich ist, beruhigen sich nicht bei den getroffenen Entscheidungen, verweigern jeden gütlichen Ausgleich, setzen alle Instanzen in Bewegung, überschwemmen die höchsten Stellen mit Eingaben und suchen auch die Öffentlichkeit für ihre Streitigkeiten zu interessieren. Immerhin geben sie schliesslich diesen Kampf auf, wenn jede Möglichkeit des Erfolges abgeschnitten ist, ja, sie verzichten bisweilen auch schon vorher auf die äussersten Schritte, wenn das Missverhältnis zwischen der Siegesaussicht und den drohenden Kosten gar zu grell ist. Sie suchen sich dann auf andere Art Genugtuung zu verschaffen, durch Meineidsbeschuldigungen gegen die Zeugen, die nicht in ihrem Sinne ausgesagt haben, kleinliche Angebereien, gelegentliche Quertreibereien, Belästigungen, Schimpfereien, Verleumdungen. Dadurch werden dann regelmässig wieder neue Streitigkeiten herbeigeführt, die ebenfalls nicht zum glatten Abschlusse gelangen, sondern nur die Erbitterung verstärken und auch wohl andere Kreise in den Zwist hineinverwickeln. Dazwischen fallen kleine Vergehen oder Ungehörigkeiten von der einen oder der anderen

Seite, die nun in feindseliger Beleuchtung sämtlich zu Ereignissen von grösster Bedeutung anwachsen. So regnet es denn Anzeigen, Beleidigungsklagen und Widerklagen, Schadenersatzansprüche, Vorladungen, Zeugenvernehmungen, Verhandlungen, Prozesskosten, Pfändungen durch den Gerichtsvollzieher ohne Ende, so dass der Kranke dauernd in der einen oder anderen Eigenschaft die Gerichte beschäftigt. Dabei gerät selbstverständlich sein Erwerbsleben immer mehr in Verfall. Neben dem Ärger und der steten Aufregung kehren auch Not und Nahrungssorgen ein, um ihrerseits wieder die Reizbarkeit und Verbitterung des Kranken zu steigern.

Diese Entwicklung der Dinge kann sich über Jahrzehnte hin erstrecken. Dabei ist jedoch von einem Fortschreiten nur insofern die Rede, als die Beziehungen des Kranken zu seiner Umgebung allmählich immer gespanntere werden. Nicht nur er selbst fühlt sich bei jeder Gelegenheit ungerecht und feindselig behandelt, sondern auch seine Nachbarn und Bekannten sind gegen ihn aufgebracht, zahlen ihm oft mit gleicher Münze, wie er sie, aber es bleibt bei einem fortwährenden Kleinkriege, der bei der gegenseitigen Stimmung durch jede Kleinigkeit neue Nahrung erhält. Niemals kommt es zu wirklichen Wahnvorstellungen. Der Kranke hält selbstverständlich seine Widersacher ohne Ausnahme für Dummköpfe, Lumpen und Schufte, aber in keinem anderen Sinne, als wir es in politischen Parteikämpfen alle Tage erleben. Es sind auch durchaus nicht immer die gleichen Personen, mit denen er im Zwist lebt, sondern es ist bald Dieser, bald Jener aus seinem Kreise, mit dem er aneinander gerät, wenn sich auch natürlich die Feindseligkeit gegenüber Einzelnen oft lange Jahre hindurch erhalten kann. Vor allem aber ist es niemals eine und dieselbe Angelegenheit, die den gemeinsamen Ausgangspunkt aller späteren Zwistigkeiten bildet, sondern es handelt sich um zahlreiche einzelne Begebnisse, die sachlich nicht zusammenhängen, obgleich sie vielleicht aus derselben Quelle persönlicher Erbitterung hervorgegangen sind. Es fehlt mit anderen Worten das subjektive Band, welches alle die einzelnen Ereignisse zu einer zusammenhängenden Kette aneinander schliesst.

Gerade diese innerliche Verbindung wird beim echten Querulanten durch die Wahnbildung hergestellt. Alle seine Kämpfe

gehen nur aus dem Bestreben hervor, Sühne für das ihm ursprünglich zugefügte Unrecht zu erlangen, welches ihm als das Ergebnis feindseliger Verfolgung erscheint. Das ist der Grund, warum er sich bei der Entscheidung nicht beruhigen kann, alle späteren Misserfolge als die weitere Fortsetzung jener Verfolgung ansieht und zu immer verzweifelteren Mitteln greift, um der sich weiter und weiter ausdehnenden Schlachtlinie seiner Feinde Herr zu werden. Von dieser ganzen Entwicklung findet sich hier gar nichts. Der Kranke bescheidet sich, wenn er sieht, dass er nichts mehr erreichen kann; er kommt kaum jemals dazu, die Unparteilichkeit der Gerichte anzuzweifeln oder sie gar für die Helfershelfer seiner Feinde zu halten und mit Schmähungen zu überschütten. Alte Streitigkeiten vergisst er oder rührt sie wenigstens nicht wieder auf, verlangt jedenfalls nicht immer erneute Untersuchungen. Der Kreis seiner Widersacher erweitert sich ebenfalls, aber nur infolge besonderer persönlicher Reibereien, nicht in wahnhaftem Zusammenhange mit einem einzigen Kerne des ganzen Kampfes. Gar nicht selten erhalten übrigens die Pseudoquerulanten in manchen Stücken bei den Gerichten Recht, sei es, dass eine ihrer Anzeigen zur Bestrafung der Missetäter führt, sei es, dass ihre Berufung gegen ein Urteil Erfolg hat oder eine gegen sie gerichtete Klage abgewiesen wird. Auch das ist ein Zeichen dafür, dass ihre Berührungen mit der Rechtspflege nicht unter dem Einflusse einheitlicher Wahnbildungen stehen.

Durch die steten Kämpfe werden die Kranken regelmässig sehr mitgenommen; sie führen dieselben auf die Dauer keineswegs mit der grimmigen Befriedigung, welche dem Querulanten die Erfüllung seiner wahnhaften Lebensaufgabe gewährt. Vielmehr sind sie bisweilen sehr unglücklich über die ewigen Reibereien, möchten in Ruhe leben, ohne doch bei ihrer unglücklichen Gemütsart den richtigen Weg dazu finden zu können. Hie und da kann die Beseitigung des hauptsächlichsten Zündstoffes durch irgend eine Änderung der Lebensverhältnisse merkliche Beruhigung bringen, wenn nicht ein anderer Anlass neue Streitigkeiten heraufführt. Erst mit dem Alter werden die Kranken stumpfer und gleichgültiger, auf der anderen Seite freilich oft auch halsstarriger. Dass die Pseudoquerulanten späterhin zu echten Que-

rulanten geworden seien, habe ich niemals gesehen; ich halte beide Krankheitsbilder trotz ihrer äusserlichen Übereinstimmung für grundverschieden. Hier handelt es sich um eine Form der persönlichen Veranlagung, die von Jugend auf besteht und im wesentlichen unveränderlich andauert. Dort dagegen haben wir es mit einem Krankheitsvorgange zu tun, der zu bestimmter Zeit beginnt und seinen gesetzmässigen Verlauf nimmt. Mir ist jedoch ein Fall bekannt, in welchem anscheinend die Frau, die allerdings jede persönliche Untersuchung hartnäckig ablehnte, echte Querulantin war, während der ganz unter ihrem Einflusse stehende Mann vollkommen die Züge des hier gezeichneten Krankheitsbildes erkennen liess. Nach der Gesundheitsbreite zu gehen die psychopathischen Pseudoquerulanten ganz allmählich in die alltäglichen Erscheinungen reizbarer, streitsüchtiger und rechthaberischer Menschen über.

Die Behandlung der Pseudoquerulanten bietet aus naheliegenden Gründen wenig Anhaltspunkte. Ein vorübergehender Anstaltsaufenthalt, die Versetzung in eine neue, von der früheren Zwietracht unberührte Umgebung kann sehr beruhigend wirken, ebenso die Beseitigung bestimmter Steine des Anstosses, friedliche Vermittlung durch Vertrauensmänner. Dauernde Entziehung der Freiheit vertragen die Kranken dagegen sehr schlecht.

XV. Die psychischen Entwicklungshemmungen.

Wenn wir in den verschiedenen Formen des Entartungsirreseins die Ergebnisse krankhafter Richtungen der Entwicklung kennen gelernt haben, so bleibt uns nun noch übrig, auch diejenigen Gestaltungen der psychischen Persönlichkeit ins Auge zu fassen, welche durch eine unvollkommene oder frühzeitig unterbrochene Ausbildung des Seelenlebens zustande kommen. Wir bezeichnen sie im Gegensatze zu den Erzeugnissen der Entartung als psychische Entwicklungshemmungen*). Es ist jedoch selbstverständlich, dass die beiden hier auseinandergehaltenen Vorgänge sich in der Wirklichkeit auf die mannigfaltigste Weise miteinander verbinden müssen. In der Tat sehen wir auch vielfach klinisch die Erscheinungen des Entartungsirreseins auf dem Boden unzulänglicher Entwicklung zum Vorschein kommen; bald überwiegt im Gesamtbilde mehr die Unzweckmässigkeit, bald die Unzulänglichkeit.

Die Ursache der psychischen Entwicklungshemmungen wird man zunächst gewiss geneigt sein, in einem einfachen Zurückbleiben der Hirnausbildung zu suchen. Indessen diese Annahme trifft nach den vorliegenden Erfahrungen zweifellos nur für einen gewissen Teil der Fälle zu, vorzugsweise für die leichteren Formen. Bei den übrigen handelt es sich dagegen um wirkliche Krankheitsvorgänge, welche die werdende Hirnrinde schädigen. Wir dürfen wohl annehmen, dass dieser grundsätzliche Unterschied in der Entstehungsweise auch in den klinischen Zeichen zum Ausdrucke gelangen wird. In der Tat kennen wir eine ganze Reihe von psychischen Entwicklungshemmungen,

---

*) Crailsheimer, Über Idiotie und Imbecillität. Diss. Strassburg. 1896; Berkhan, Über den angeborenen und früh erworbenen Schwachsinn. 1899; Sollier, Psychologie de l'Idiot et de l'Imbécile, 2. Aufl. 1901 (1. Aufl. Deutsch v. Brie. 1891); Sioli, Allgem. Zeitschr. f. Psych., LVII, 102.

deren Begleiterscheinungen uns mit grosser Bestimmtheit auf die Verursachung durch Hirnerkrankungen hinweisen. Leider ist jedoch vorderhand eine wirklich zuverlässige Abtrennung der Formen unter diesem Gesichtspunkte noch gänzlich unmöglich, zumal auch unsere Kenntnis der feineren Hirnveränderungen noch viel zu ungenügend ist, um eine richtige Deutung überall zu gestatten. Dieser letztere Umstand hindert uns auch, selbst da, wo wir heute schon unzweifelhafte Krankheitsvorgänge nachweisen können, zu einem tieferen Verständnisse derselben zu gelangen und ihnen die Anhaltspunkte für eine Gruppierung der klinischen Bilder zu entnehmen. Die Versuche, eine wirklich ursächliche Einteilung der psychischen Entwicklungshemmungen durchzuführen, haben daher bis jetzt nicht einmal für die anatomische Betrachtung ein befriedigendes Ergebnis geliefert; sie versagen fast vollkommen gegenüber den klinischen Krankheitsformen.

Unter diesen Umständen bleibt vorderhand nichts übrig, als die wissenschaftlich fast wertlose, praktisch aber immerhin brauchbare Abgrenzung gewisser Stufen der psychischen Entwicklung, die wir am zweckmässigsten den einzelnen Altersstufen des gesunden Menschen vergleichen. Ganz im groben können wir so diejenigen Fälle auseinanderhalten, die ihr Leben hindurch auf dem Standpunkte der eigentlichen Kindheit, etwa bis zum 7. oder 8. Jahre, stehen bleiben, und diejenigen, die darüber hinauskommen, ohne doch die Vollreife zu erreichen. Die erstere Gruppe bezeichnen wir als Idiotie, die letztere als Imbecillität. Wenn man will, kann man die Imbecillität noch in zwei Untergruppen teilen, von denen die erstere etwa die Stufen vom schulpflichtigen Alter bis zu den Entwicklungsjahren, die letztere die Zwischenstufen von da bis zur völligen Reife umfassen würde. Diese schwächer geschädigten Formen wären dann als „Debilität“ der stärker ausgeprägten Imbecillität im engeren Sinne gegenüberzustellen. Wir dürfen aber bei dieser Gruppierung niemals ganz vergessen, dass es sich nur um einen artigen Vergleich handelt. In Wirklichkeit entsprechen die klinischen Bilder durchaus nicht etwa den Entwicklungsstufen des gesunden Kindes, sondern sie sind höchstens Zerrbilder derselben, da sich den einfachen Unvollkommenheiten der psychischen Leistungen überall krankhafte Zutaten und Mängel hinzugesellen.

A. Die Imbecillität.

Im Bereiche der Imbecillität begegnen uns hauptsächlich zwei Gruppen von klinischen Bildern, welche sich durch den Grad der geistigen Regsamkeit der Kranken voneinander unterscheiden. Wir wollen sie als stumpfe und erregte (anergetische und erethische Formen) bezeichnen. Den Grundzug der ersteren Gruppe bildet die Stumpfheit und Unempfänglichkeit. Den Kranken fehlt die Fähigkeit, eine grössere Anzahl von Eindrücken und Lebenserfahrungen in sich aufzunehmen und weiter zu verarbeiten. Ihre Erkenntnis der Aussenwelt beschränkt sich auf das unmittelbar Gegebene und Nächstliegende; was darüber hinausgeht, liegt ausserhalb des geistigen Gesichtskreises und bleibt daher unbemerkt. Vielleicht ist die wesentliche Ursache dieser „Beschränktheit“ darin zu suchen, dass die Vorstellungen ihre sinnlichen Formen behalten, dass keine Verschmelzung der Einzelerfahrungen zu Allgemeinvorstellungen stattfindet. Bei unseren Kranken geht nur das Einzelne und Kleinliche in den Erfahrungsschatz ein, ohne begriffliche Verarbeitung, ohne Auffassung allgemeinerer Verhältnisse, ohne Gewinnung grösserer Gesichtspunkte. Das Wesentliche trennt sich nicht ab von dem Zufälligen; grundsätzliche Übereinstimmungen und Unterschiede werden nicht erkannt, sondern durch gelegentliches Beiwerk verdeckt. Sehr deutlich pflegt diese Unvollkommenheit der Begriffsbildung hervorzutreten, wenn man die Kranken auffordert, ihnen wohlvertraute Dinge miteinander zu vergleichen und deren Unterschiede anzugeben. Sie haften dann regelmässig an einzelnen untergeordneten Merkmalen, ohne sich über die wesentlichen Unterscheidungszeichen Rechenschaft geben zu können. Neue Eindrücke finden keinen Widerhall in ähnlichen Erlebnissen der Vergangenheit; unvermittelt, ohne innere Beziehungen zu gewinnen, ohne sich übersichtlich zu ordnen, reihen sich die einzelnen Wahrnehmungen aneinander. Es fehlt eben jene psychische Resonanz, welche beim Gesunden die führende Melodie des Vorstellungsverlaufes beständig mit den leisen, immer wechselnden Anklängen früherer Erinnerungen begleitet.

So kommt es, dass der gesamte Vorstellungskreis der Kranken, abgesehen von einer gewissen Beherrschung der alltäglich aufgenommenen Wahrnehmungen, ärmlich bleibt und sich meist in den gleichen Bahnen bewegt. Der Gedankengang ist unbeholfen und, wie Buccola durch Messungen nachgewiesen hat, verlangsamt. Das Urteil der Kranken ist bei ihrer Unfähigkeit zu selbständiger Begriffsbildung ein sehr beschränktes, unsicheres und wird vielfach durch äusserlich angelernte Ergebnisse fremden Nachdenkens („Schlagworte“) entscheidend beeinflusst. Ein Überblick über den Zusammenhang der Lebensereignisse, eine weitergehende Voraussicht der Folgen eigener und fremder Handlungen wird nicht erreicht; die Einbildungskraft, die Fähigkeit zu willkürlicher Wiedererweckung und freier Verknüpfung gewonnener Vorstellungen, ist sehr unvollkommen ausgebildet.

Das Gedächtnis der Kranken pflegt nur in den gröbsten Zügen treu zu sein. Manche ganz unwichtige Einzelheiten werden bisweilen mit grosser Zähigkeit festgehalten, während andere, bedeutungsvolle Tatsachen einfach vergessen sind. Die Erzählungen der Kranken sind daher häufig sehr unzuverlässig, weil sie manches auslassen, anderes verwechseln, noch anderes hinzufügen. Die verschiedenen Berichte über dasselbe Erlebnis stimmen untereinander entweder ganz wörtlich überein, oder sie zeigen mannigfache sachliche Widersprüche. In beiden Fällen ist es schwierig, sich ein Urteil darüber zu bilden, nicht nur wie der Vorfall sich wirklich abgespielt hat, sondern öfters auch darüber, ob der Kranke absichtlich, fahrlässig oder in gutem Glauben falsch aussagt. Meist sind die Kranken gedankenlos, zerstreut, vergesslich. Sie pflegen sich daher auch nur sehr geringe Kenntnisse anzueignen, die zudem nach der Schulzeit rasch wieder verloren gehen. Viele wissen weder Monatsnamen noch die Reihenfolge der Wochentage, erkennen Münzen nur nach der Grösse, können höchstens mit Hilfe der Finger etwas zusammenzählen, haben keine Ahnung von Fürst oder Landeshauptstadt. Um solche Dinge hätten sie sich nie bekümmert; das brauchten sie nicht zu wissen. Dagegen haften vielfach die für ihr tägliches Leben unmittelbar wichtigen Tatsachen ganz gut. Die Kranken wissen, wieviel sie für Essen und Kleidung zu zahlen haben, zu welchen Jahreszeiten die ihnen geläufigen land-

wirtschaftlichen Arbeiten ausgeführt werden müssen, kennen die Namen der angeseheneren Mitglieder ihrer näheren Umgebung.

Das Bewusstsein der Kranken ist dauernd ungetrübt; sie erkennen ihre Umgebung, fassen die an sie gerichteten Fragen auf und geben besonnene, wenn auch meist sehr unzulängliche und mühselige Auskunft. Häufig kehren in ihren Äusserungen stehende Redensarten und Kraftworte, auch wohl Bibelsprüche wieder. Von einer Krankheitseinsicht ist keine Rede; sie halten sich für ganz gesund, verlangen hie und da ihre Freiheit, um sich nunmehr allein fortzubringen, sind den Belehrungen über ihre Lage nur in sehr geringem Masse zugänglich.

Wegen der Beschränktheit des Gesichtskreises gewinnen die Zustände und Angelegenheiten der eigenen Persönlichkeit eine ganz unverhältnismässige Wichtigkeit für den Kranken. Je ärmer die Erfahrung, desto grösser ist die Rolle, welche das Ich in derselben spielt. So kommt es, dass sich hier stets eine mehr oder weniger scharf ausgeprägte selbstsüchtige Richtung des Gedankenganges und weiterhin auch der Gefühle ausbildet. Das körperliche Wohl und Wehe, das alltägliche Tun und Treiben, die Befriedigung der unmittelbarsten Wünsche, Essen und Trinken, der Besitz begehrenswert erscheinender Dinge bleiben dauernd Mittelpunkt des gesamten geistigen Lebens. Alle Erfahrungen, die nicht augenfällig an diesen Mittelpunkt anknüpfen, lassen den Kranken gleichgültig, erregen keinerlei Teilnahme bei ihm und gehen daher spurlos an ihm vorüber. Vielfach fehlen ihm sogar die natürlichsten Gefühlsbeziehungen zu seinen nächsten Angehörigen. Ihr Wohlergehen erweckt höchstens seinen Neid, und das oberflächliche Bedauern über den Verlust etwa der Eltern wird schon durch den Pomp des Leichenbegängnisses und die Freude über die neuen Trauerkleider rasch ausgelöscht. Noch stumpfer steht der Kranke fremdem Leide gegenüber. Daher die rohe Gefühllosigkeit beim Anblicke von Not und Unglück, daher die naive Grausamkeit, welche unsere Kranken so häufig bei ihren Tierquälereien wie bei ihren verbrecherischen Handlungen an den Tag legen. Einer meiner Kranken, der zugleich an ererbter Chorea litt, versuchte am hellen Tage seine alte, aufopfernd für ihn sorgende Mutter mit dem Holzbeile zu erschlagen, um in den Besitz ihres Sparkassenbuches zu gelangen. Er wurde dabei ge-

stört und zu einer langjährigen Zuchthausstrafe verurteilt, nach deren Verbüssung er endlich in die Irrenanstalt wanderte.

Die Stimmung der Kranken ist gleichmütig, teilnahmlos, bisweilen scheu, ängstlich, häufig aber auch von einer eigentümlich leeren, kindischen Heiterkeit. Gelegentlich indessen kommt es auch einmal zu plötzlichen Ausbrüchen leidenschaftlicher Heftigkeit, namentlich wenn sie gereizt werden und sich benachteiligt oder gekränkt glauben. In ihrem Benehmen sind sie meist harmlos, lenksam, guten, aber auch schlechten Einflüssen zugänglich, launenhaft, zeitweise eigensinnig und querköpfig. Schlechte Behandlung macht sie widerspenstig und gewalttätig. Es kommt dann leicht zu allerlei Rachehandlungen, namentlich solchen, die keine besondere Tatkraft erfordern, Brandstiftungen, Umhauen von Bäumen. Die geschlechtlichen Regungen bleiben oft gänzlich unentwickelt, oder sie schlagen verkehrte Bahnen ein, zumal die natürliche Befriedigung bei dem Geisteszustande der Kranken auf Hindernisse stösst. Notzuchtsversuche, namentlich aber unzüchtige Angriffe auf Kinder, aber auch auf Tiere, sind gar nicht selten. Weibliche Kranke lassen sich vom ersten Besten schwängern; eine meiner Kranken musste in der Anstalt untergebracht werden, weil sie bereits 8 uneheliche Kinder in die Welt gesetzt hatte, obgleich sie mit kindlicher Zutulichkeit versprach, das solle nicht wieder vorkommen. Zu einer selbständigen Tätigkeit sind die Kranken in der Regel nicht fähig, beschäftigen sich aber unter Anleitung als Gelegenheitsarbeiter, freilich auch ohne rechten Eifer und ohne tieferes Verständnis. Nur in einzelnen Fällen wird wohl auch eine hervorragende einseitige technische Fertigkeit, Anlage zur Musik, zum Zeichnen beobachtet, allerdings stets ohne die Fähigkeit zu wertvollerer Arbeit selbst auf diesen Gebieten.

Leichtere Formen dieses Schwachsinns sind recht häufig, werden jedoch ungemein leicht verkannt; sie gehen ohne scharfe Grenzen in die Dummheit der Gesundheitsbreite über. Die praktische Bedeutung der geistigen Unfähigkeit wächst natürlich mit den Anforderungen, die das Leben an den Einzelnen stellt. In einfachen Verhältnissen vermögen sich die Kranken trotz der Beschränktheit ihres Urteils und Gesichtskreises doch vielfach noch leidlich gut zurechtzufinden, ohne dass man sie gerade für

krank hält, weil sie rein gedächtnismässig eine gewisse Summe von Erfahrung zu beherrschen wissen und den gewohnten Kreislauf ihrer Beschäftigungen mit mechanischer Sicherheit regelmässig durchlaufen. Freilich darf sich dann auch in den äusseren Bedingungen nichts ändern. Eine meiner Kranken, die mit Mühe und Not in einer Gasthausküche etwas kochen gelernt hatte, schlug für 3 oder 4 Personen zum Pfannkuchen ebensoviel Eier in die Pfanne, wie sie früher für die grosse Tafelrunde hatte nehmen müssen. Sobald eine mächtige Gemütsbewegung, eine Entscheidung, eine Versuchung an sie herantritt, wo die Sachlage Umsicht, Tatkraft und Selbständigkeit des Handelns erfordert, tritt sofort ihre ganze geistige und gemütliche Unfähigkeit zutage, um allerdings dann meist nicht sowohl unter dem Gesichtspunkte der Krankheit, als unter dem der sittlichen Schlechtigkeit beurteilt zu werden. Namentlich die gesteigerten Anforderungen des militärischen Dienstes decken nicht selten den wahren Umfang des Schwachsinns auf, wie er sich in der Unfähigkeit, zu lernen, in der Halsstarrigkeit und Unbotmässigkeit kundgibt. Schwere und hartnäckige Gehorsamsverweigerung, Fahnenflucht, tätliche Angriffe auf Vorgesetzte, bisweilen auch Selbstmordversuche sind nicht ganz selten die Folge einer falschen Beurteilung und Behandlung solcher Zustände.

Die Entwicklung der hier beschriebenen Störung kündigt sich meist schon frühzeitig an. Dem verspäteten Auftreten der ersten geistigen Regungen, des Lächelns, der Nachahmung, der Sprache, der Neigung zum Spiel, folgt das Zurückbleiben in der Schule, wenn auch vielleicht die Unfähigkeit zu selbständiger geistiger Verarbeitung zunächst noch durch einfache Gedächtnisleistungen eine zeitlang verdeckt wird. Die Kinder sind träge, faul, gedankenarm, verständnislos und werden wegen ihrer geringen Begabung zum Spott ihrer Mitschüler. Nur notdürftig eignen sie sich einige Fertigkeit im Schreiben, Lesen, weniger im Rechnen an, lernen mühselig eine Anzahl von Sprüchen, geographischen oder geschichtlichen Tatsachen auswendig, um sie bald wieder zu vergessen, da der tote Stoff für sie keine Verknüpfung mit den Erfahrungen des wirklichen Lebens eingeht. Vielfach sind sie störrisch, schwer zu erziehen, haben Neigung zu schlechten Streichen (Spielen mit Feuer, kleine Diebstähle); zum Lügen, zu ge-

schlechtlichen Ungehörigkeiten, müssen in Rettungs- und Erziehungshäusern untergebracht werden. In den Entwicklungsjahren tritt die geistige Schwäche gewöhnlich deutlich hervor, sei es, dass diese Krüppel sich bei den gesteigerten Anforderungen nunmehr von ihren gesunden, fortschreitenden Kameraden schärfer abheben, sei es, dass unter Umständen hier wirklich nicht nur ein Stillstand, sondern sogar eine teilweise Rückbildung der geistigen Entwicklung eintritt. Fälle der letzteren Art verraten dadurch vielleicht ihre Verwandtschaft mit gewissen Formen der Dementia praecox. Die weiteren Schicksale unserer Kranken pflegen verschiedenartige, immer wieder an der geistigen Unfähigkeit scheiternde Anläufe zu einer Berufswahl zu sein, endlich tatenloses Dahinleben in Familienpflege, oft genug auch der Übergang zum Gewohnheitsbettel, zur Landstreicherei und zur Prostitution.

Bei den erregten Formen der Imbecillität begegnet uns vor allem eine grosse Unaufmerksamkeit und Ablenkbarkeit. Die Kranken fassen wohl ziemlich rasch auf, aber ungenau, lassen sich durch die Eindrücke nicht fesseln, sondern wenden sich sofort irgend einem neuen Gegenstande zu, um auch diesen alsbald wieder zu verlassen. Infolgedessen kommt es nicht zu einer gründlichen und allseitigen Betrachtung, noch weniger zu einer wirklichen geistigen Verarbeitung. Die Erfahrungen werden ganz oberflächlich erfasst, haften nur kurze Zeit, schwinden binnen kurzem wieder aus der Erinnerung, so dass keine feste Grundlage zustande kommt, auf der sich die weitere geistige Ausbildung aufbauen könnte. Das Gedächtnis ist unzuverlässig und vielfachen Verfälschungen zugänglich; häufig besteht Neigung zum Fabulieren. Auch die Stimmung dieser Kinder ist raschem Wechsel unterworfen; sie sind launenhaft, wetterwendisch, reizbar. Bei der Arbeit fällt die starke Ermüdbarkeit und die Abhängigkeit von der Umgebung ins Auge. Die Kinder sind zerstreut, fahrig, durch jede Kleinigkeit aus ihrem Gleichgewichte gebracht, zeigen grosse Unruhe und Zappeligkeit, können nicht aufpassen und stillsitzen, machen Bewegungen, schneiden Gesichter, lachen ohne Anlass, schwatzen drauf los, was ihnen in den Sinn kommt. Nicht selten treten einzelne hysterische Züge hervor, namentlich Erregungszustände oder Krampfanfälle. Von einer scharfen Ab-

trennung dieses Krankheitsbildes gegenüber den stumpfen Formen ist übrigens nicht die Rede, so stark auch gelegentlich die Gegensätze ausgebildet erscheinen. Vielmehr gibt es ein grosses Mischgebiet, auf dem sich die geschilderten klinischen Zeichen in der mannigfaltigsten Weise miteinander verbinden, so dass die Gruppierung eine ganz willkürliche wird. An Häufigkeit scheinen im ganzen die stumpfen Formen zu überwiegen.

Sehr wertvolle Aufschlüsse über die Imbecillität haben uns die Untersuchungen gebracht, die neuerdings vielfach durch die Einrichtung von Hilfsschulen für unbegabte und schwachsinnige Kinder angeregt worden sind. Bis dahin kamen Imbecille nur verhältnismässig selten in die Hände sachverständiger Ärzte, da sie eben nicht als krank, sondern einfach als dumm angesehen wurden. Bei jenen planmässigen Untersuchungen hat sich zunächst herausgestellt, dass die Imbecillen im Durchschnitte auch körperlich minderwertig sind. So fand Doll, dass die Schüler, die dem gewöhnlichen Unterrichte nicht gewachsen waren, sowohl an Brustumfang wie an Körpergewicht und Körpergrösse gegenüber ihren gesunden Kameraden zurückbleiben, namentlich in letzterer Beziehung, wohl wegen der Häufigkeit rhachitischer Veränderungen des Knochengerüstes. Ferner fanden sich vielfach Schwerhörigkeit und Schwachsichtigkeit. Besonders auffallend war mehreren Beobachtern die Unfähigkeit zum Auseinanderhalten verschiedener Farben, die sich in ihrer Regellosigkeit durchaus von der Farbenblindheit abgrenzt, vielmehr der Mangelhaftigkeit des Unterscheidungsvermögens auf kindlicher Stufe entspricht. Sehr beachtenswert sind sodann Verbildungen des Schädels, Verkleinerung, häufiger noch Vergrösserung desselben infolge von rhachitischen und hydrocephalischen Erkrankungen. Endlich begegnen uns in mehr oder weniger grosser Ausdehnung jene mannigfaltigen körperlichen Verbildungen und Entwicklungshemmungen, die wir früher als Entartungszeichen kennen gelernt haben; ihnen schliessen sich die degenerativen Funktionsbehinderungen an, von denen namentlich die Sprachstörungen wichtig sind. Dazu kommen dann noch die Spuren von Erkrankungen, Rhachitis, Skrophulose, Syphilis. Recht häufig sind auch adenoide Wucherungen des Nasenrachenraumes.

Die Häufigkeit der Imbecillen, die ausserstande sind, dem

Schulunterrichte für gesunde Kinder zu folgen, scheint bei uns zwischen 0,5 und 1% zu schwanken. Unter ihnen ist die Zahl der Knaben etwas grösser, als diejenige der Mädchen. Doll meint, dass sie sich besonders oft unter den Spätgeborenen aus kinderreichen Familien mit grosser Sterblichkeit finden; das würde für eine ungenügende Mitgift infolge von übermässiger Fruchtbarkeit in wenig widerstandsfähigen Geschlechtern sprechen. Eine bedeutende Rolle spielt ohne Zweifel die familiäre Veranlagung zu Nerven- und Geisteskrankheiten; auch die uneheliche Geburt, bei der ebenfalls Minderwertigkeit der Erzeuger, oft auch alkoholische Einflüsse in Betracht kommen, ist anscheinend von Einfluss. Alkoholismus der Eltern fand Doll in Karlsruhe bei 11,1%, Schmidt-Monnard in Halle bei 14%, Cassel in Berlin bei 29%. Lues der Eltern scheint eine gewisse Bedeutung zu haben, vielleicht auch Tuberkulose und Rhachitis. Da es unmöglich ist, die im fötalen Leben und die in den ersten Kinderjahren einsetzenden Krankheitsvorgänge grundsätzlich voneinander zu trennen, werden wir auch jene Entwicklungshemmungen, die in früher Jugend durch Gewalteinwirkungen, durch frühzeitigen Alkoholmissbrauch, endlich durch Infektionskrankheiten, namentlich Scharlach, seltener Masern, Diphtherie und Keuchhusten, erzeugt werden, mit zur Imbecillität zu rechnen haben.

Als Grundlage der Imbecillität hat man meist einfache Entwicklungshemmungen im Gehirn angesehen, ja sie gerade unter diesem Gesichtspunkte bisweilen in Gegensatz zu der Idiotie gestellt, bei der die Mitwirkung krankhafter Vorgänge weit augenfälliger ist. Man wird in der Tat nicht bezweifeln können, dass die Verschiedenheiten der psychischen Veranlagung selbst über die Gesundheitsbreite hinaus einfach auf einer mehr oder weniger vollkommenen Ausbildung der Hirnrinde ohne die Einmischung eigentlich krankhafter Vorgänge beruhen können. Auch jene höheren Grade der Beschränktheit und Zerfahrenheit, die wir dem klinischen Bilde der Imbecillität zurechnen, können möglicherweise durch einfaches Zurückbleiben der Hirnentwicklung auf unvollkommeneren Stufen zustande kommen. Dass allerdings eine solche Verkümmerung stattfindet, wird dann wieder auf allgemeineren krankhaften Schädigungen beruhen, wie sie in erster Linie durch die Entartung, vielleicht auch durch andere, den Gesamt-

organismus der Erzeuger ungünstig beeinflussende Ursachen, Alkohol, Syphilis, schweres Siechtum, bedingt werden. Derartige Keimschädigungen können dann entweder ein einfaches Stehenbleiben der psychischen und körperlichen Entwicklung auf niederer Stufe oder aber die Beimischung solcher Züge bewirken, wie wir sie früher bei den verschiedenen Formen des Entartungsirreseins kennen gelernt haben. Wir konnten schon darauf hinweisen, dass dieser letztere Fall, der die Imbecillität nur als eine besondere Form der Entartung erscheinen lässt, wohl die Regel bildet; ich bin zweifelhaft, ob es überhaupt Fälle gibt, in denen man von dem einfachen, dauernden Stillstande auf einer bestimmten Stufe der kindlichen Entwicklung ohne irgendwelche Begleiterscheinungen der Entartung reden kann.

Weiterhin aber haben wir Ursache, anzunehmen, dass auch der Imbecillität oft genug wirkliche Krankheitsvorgänge zugrunde liegen, die nicht allein die Ausbildung der Hirnrinde verhindert, sondern auch Teile derselben zerstört haben. Zunächst spricht dafür die Häufigkeit von solchen Schädelverbildungen, die nur in diesem Sinne verständlich sind. Crailsheimer fand bei seinen Imbecillen in 10,2% hydrocephalische Schädel. Auch die Wirkung der Lues werden wir uns vielleicht hie und da in Form von meningoencephalitischen oder endarteriitischen Erkrankungen zu denken haben, wenn auch derartige Befunde vorderhand wohl mehr der Idiotie zukommen. Weiterhin scheinen mir für diese Frage jene Fälle von Wichtigkeit zu sein, in denen sich mit der Imbecillität allmählich eine Epilepsie verbindet. Hier haben wir erfahrungsgemäss mit chronisch verlaufenden Rindenerkrankungen, nicht mit einfachen Entwicklungshemmungen zu rechnen. Endlich aber möchte ich noch auf das Verhältnis der Imbecillität zur Dementia praecox hinweisen. Wir beobachten gar nicht selten, dass sich auf der Grundlage eines von Jugend auf bestehenden Schwachsinns in den Entwicklungsjahren, unter Umständen auch noch später, eine Verschlimmerung des psychischen Zustandes herausstellt, die vollkommen die Züge der Dementia praecox trägt. Dieses Zusammentreffen ist zu häufig, als dass es ein zufälliges sein könnte. Ich halte es daher für wahrscheinlich, dass in solchen Fällen die anscheinende Neuerkrankung nur das Aufflackern des gleichen Krankheitsvorganges bedeutet, der in frühester Ju-

gend die Imbecillität erzeugt hat, mit anderen Worten, dass gewisse Fälle von Imbecillität in Wirklichkeit nichts anderes sind, als fötale oder infantile Erkrankungen an Dementia praecox. Dafür scheint mir ausser den schon angeführten Gründen besonders auch der Umstand zu sprechen, dass der Schwachsinn bei derartigen Kranken in der Regel jene eigenartigen Züge trägt, wie wir sie in den Endzuständen der Dementia praecox beobachten, gemütliche Stumpfheit, scheues, unzugängliches Wesen, Andeutungen von Negativismus, Gebundenheit, Schrullenhaftigkeit. Es wird Sache weiterer Untersuchungen sein, die Richtigkeit dieser Vermutung von klinischem und anatomischem Standpunkte genauer zu prüfen.

Der Verlauf der Imbecillität ist bei dem Wesen der Krankheit ein ganz einförmiger. Man nimmt allerdings in der Regel an, dass beim angeborenen Schwachsinn ohne besonderen Anlass allerlei vorübergehende psychische Störungen auftreten können, Erregungen und Depressionen, Sinnestäuschungen, Wahnideen. Ich möchte nach meiner Erfahrung raten, mit derartigen Annahmen recht vorsichtig zu sein. Da der Schwachsinn an sich das Zustandekommen jener Krankheitserscheinungen nicht zu begründen vermag, werden wir immer genötigt sein, bei solchen Beobachtungen eine Verbindung mit anderweitigen Störungen anzunehmen. Dieselben gehören vielfach dem bekannten Formenkreise des Entartungsirreseins an, wie Angstzustände, Zwangsvorstellungen, hysterische Zufälle. Ferner aber können sich bei Imbecillen cirkuläre Erregungen oder Depressionszustände entwickeln, die nicht anders zu beurteilen sind, als bei psychisch Vollwertigen. Sodann beobachten wir die verschiedenen Erscheinungsformen der Epilepsie als Ausdruck derselben Erkrankung, die auch den Schwachsinn erzeugt hat. Man wird dabei auch in der Regel die besonderen Züge nicht vermissen, die wir früher beim epileptischen Schwachsinn angetroffen haben. Wir dürfen uns also etwa vorstellen, dass die epileptische Rindenerkrankung im einen Falle zunächst den Schwachsinn und dann erst die Anfälle erzeugt hat, im anderen umgekehrt, wie sie oft genug auch die gleichzeitige Entwicklung beider Störungen verursacht. Ähnlich ist endlich, wie schon ausgeführt, das Verhältnis jener Krankheitszeichen aufzufassen, die dem Bilde der Dementia praecox

angehören. Auch hier haben wir es nicht mit mehr zufälligen, aus der Imbecillität hervorwachsenden „Syndromen“, sondern mit Teilerscheinungen desselben Krankheitsvorganges zu tun, der auch den Schwachsinn herbeigeführt hat. In der Regel wird diese Sachlage hier durch das Fortschreiten der Verblödung bald klargestellt.

Aus diesen Darlegungen geht hervor, dass die Imbecillität zur Zeit ein Sammelbegriff ist, der eine Reihe ganz verschiedenartiger Krankheitsformen in sich schliesst. Leider ist unsere Kenntnis von den tieferen Grundlagen des Leidens noch zu unvollkommen, als dass wir heute eine Scheidung der einzelnen Bestandteile, denen sich gewiss noch eine Reihe weiterer hinzugesellen, zuverlässig vornehmen könnten. Da zum mindesten ein grosses Gebiet der Imbecillität dem Entartungsirresein angehört, werden wir Übergänge zu den verschiedenen Formen desselben zu verzeichnen haben. In der Tat gibt es zahlreiche Schwachsinnige mit ausgesprochenen hysterischen Störungen, andere mit sexuellen Verirrungen, mit krankhaften Antrieben. Zwischen den stumpfen Formen der Imbecillität und dem sittlichen Schwachsinn, ebenso zwischen den erregten Formen und den Haltlosen oder Schwindlern liegen breite Grenzgebiete. Nach der Gesundheitsbreite endlich ist eine scharfe Abtrennung wenigstens derjenigen Formen nicht möglich, die auf einfachen Entwicklungshemmungen beruhen. Dagegen werden wir in der Regel keine Schwierigkeiten haben, derartige Fälle von den erworbenen Schwachsinnsformen zu unterscheiden. Massgebend ist hier überall das Missverhältnis zwischen Wissen und Können, das sich bei der Imbecillität zu gunsten des letzteren, bei den erworbenen Schwächezuständen zu gunsten des ersteren neigt. Der Imbecille hat äusserst geringe Kenntnisse, die sich zudem auf das Allernotwendigste und Nächstliegende beschränken, aber er findet sich im täglichen Leben weit besser zurecht, als man es nach dem Stande seiner Bildung erwarten sollte: er kann weit mehr, als er weiss. Umgekehrt entdecken wir beim erworbenen Schwachsinn, der ja meist einen Endzustand der Dementia praecox bedeuten wird, vielleicht noch einen erheblichen Wissensschatz, aber der Kranke vermag davon fast gar keinen Gebrauch zu machen, weil ihm die tiefgreifende Willensstörung die Möglichkeit der freien geistigen Betätigung geraubt und zudem den Zusammen-

hang zwischen Denken, Fühlen und Wollen gestört hat. Der Kranke weiss daher unvergleichlich viel mehr, als er zu leisten imstande ist. Dazu kommt noch, dass er offenkundig nicht fähig gewesen wäre, sich die bei ihm nachgewiesenen Kenntnisse jemals anzueignen, wenn er sich immer in dem gegebenen geistigen Schwächezustande befunden hätte. Die Wichtigkeit dieser Unterscheidung liegt namentlich in dem Umstande, dass die auf Entwicklungshemmung beruhende Imbecillität ein im wesentlichen unveränderlicher Zustand ist, während wir bei der erworbenen Demenz auf das Auftreten schwerer Krankheitserscheinungen und ein Fortschreiten der Verblödung gefasst sein müssen. Natürlich werden die angeführten Kennzeichen versagen, wo wir es mit einem von vornherein der Dementia praecox angehörigen Krankheitsvorgange zu tun haben.

Die genauere Erkenntnis der Ursachen des angeborenen Schwachsinns wird uns vielleicht einmal an manchen Punkten ein vorbeugendes Eingreifen ermöglichen. Nächst der Verhinderung der Ehen psychopathischer oder geisteskranker Personen wird heute hauptsächlich der Kampf gegen den Alkohol, weiterhin auch gegen Syphilis und Tuberkulose in Betracht kommen, endlich die Verbesserung der allgemeinen Lebensverhältnisse unserer niederen Volksschichten mit ihrem Gefolge an Krankheit und Siechtum. Ob die von Berkhan vorgeschlagene Änderung der gesamten Ernährung bei Frauen, die wiederholt lebensunfähige oder imbecille Kinder geboren haben, wirklich Erfolg verspricht, muss die Zukunft lehren; jedenfalls würde es sich empfehlen, dabei die regelmässigen Gaben von Bier und Rotwein zu streichen. Die Behandlung des einzelnen Falles besteht der Hauptsache nach in einer zweckmässigen Erziehung, welche unter Umständen durch möglichste Entwicklung der vorhandenen Fähigkeiten noch ziemlich befriedigende Erfolge zu erzielen vermag. Die Aufgabe ist überall, von Jugend auf die Kranken an eine geregelte Beschäftigung zu gewöhnen, die ihren Kräften und ihrer Eigenart angemessen ist. Die Wege, die zu diesem Ziele führen, sind daher sehr mannigfaltige; immer aber wird grosse Geduld, gleichmässige, zielbewusste Festigkeit und warmherziges Verständnis für die einzelne verkümmerte Persönlichkeit die Hauptarbeit tun müssen.

Von grosser Wichtigkeit ist es, die gefährdeten Kinder rechtzeitig in die Hände sachverständiger Erzieher zu geben. Der gewöhnliche Schulbetrieb kann auf sie wegen der übrigen Schüler nicht genügende Rücksicht nehmen; zudem bilden die schwachsinnigen Kinder einen unerträglichen Ballast für den Unterricht und sind nur allzuleicht dem Spotte und der Missachtung ihrer Genossen ausgesetzt. In einer grossen Reihe von Städten sind daher schon besondere Klassen für Schwachbefähigte entstanden, in denen die Ausbildung solcher geistiger Halbkrüppel in langsamerem Zeitmasse und mit Hilfe besonderer Unterrichtsverfahren weit besser erreicht wird, als in den gewöhnlichen Klassen*). Die Auslese vollzieht sich gewissermassen durch den Unterrichtsbetrieb von selber, indem solche Schüler ausgeschieden werden, die keine Aussicht bieten, das Klassenziel zu erreichen. Dadurch wird das Eingreifen des Schularztes veranlasst, dessen Wichtigkeit allmählich immer augenfälliger hervortritt, so dass hoffentlich in absehbarer Zeit keine grössere Schule mehr ohne seine Mitwirkung denkbar ist. Er hat die Aufgabe, den besonderen Grad der Unzulänglichkeit festzustellen und etwa zugängliche Ursachen zu beseitigen. Hauptsächlich wird es sich dabei um die Behandlung von Augen- und Ohrenleiden oder von allgemeinen Schwächezuständen handeln. Die Beseitigung adenoider Wucherungen, von der man sich zeitweise grosse Erfolge versprach, ist offenbar wirkungslos, wenn die Ursache des Zurückbleibens wirklich in einer seelischen Verkümmerung und nicht nur in Atem- und Sprachstörungen liegt. Die Kinder, die auch in den Hilfsschulen noch nicht vorwärts kommen, finden am besten Unterkunft in den besonderen Unterrichtsanstalten für zurückgebliebene und schwer zu erziehende Kinder, die zugleich unter der Aufsicht eines Irrenarztes stehen. Vor dem Alkohol ist dringend zu warnen, da er unberechenbare Schädigungen nach sich ziehen kann. Bei den erwachsenen Kranken

---

*) Kalischer, Was können wir für den Unterricht und die Erziehung unserer schwachbegabten und schwachsinnigen Kinder tun? 1897; Laquer, Die Hilfsschulen für schwachbefähigte Kinder, ihre ärztliche und sociale Bedeutung. 1901; Über schwachsinnige Schulkinder. 1902; Doll, Ärztliche Untersuchungen aus der Hilfsschule für schwachsinnige Kinder zu Karlsruhe. 1902; De Sanctis, atti del XI. congresso freniatrico italiano, 356; Colucci, ebenda 412. 1902.

wird bisweilen, wenn die häuslichen Verhältnisse ungünstig sind oder gefährliche Neigungen hervortreten, die dauernde Unterbringung in der Irrenanstalt notwendig.

B. Die Idiotie.

Unter dem Namen der Idiotie*) pflegt man alle jene hochgradigeren psychischen Schwächezustände zusammenzufassen, deren Entstehungszeit vor die Geburt oder in die ersten Lebensjahre fällt. Da uns auch hier zurzeit noch eine genauere Kenntnis der ursächlichen Vorgänge, namentlich aber die Möglichkeit einer bestimmten Deutung des einzelnen Falles im Leben fehlt, werden wir uns vorderhand darauf beschränken müssen, der besseren Übersicht halber gewisse Stufen der psychischen Entwicklungshemmung auseinanderzuhalten. Freilich ist auch diese Abgrenzung wegen der Flüssigkeit der Übergänge eine ziemlich willkürliche. Als Einteilungsgrund hat man zumeist das Verhalten der Sprache (gänzlicher Mangel, Vorhandensein einzelner Worte, stufenweise reichere Entwicklung derselben) benutzt, weil ja in der Tat die Entfaltung der Verstandestätigkeit in sehr nahen Beziehungen zur Lautsprache steht. Allein die Fähigkeit des Sprechens deckt sich durchaus nicht immer mit der weit wichtigeren des Verstehens, wie schon die Tatsache der Hörstummheit dartut. Es scheint mir daher zweckmässiger, bei einer Betrachtung dieser Zustände an das Verhalten der grundlegenden psychischen Leistung, der bewussten Wahrnehmung der Aussenwelt, anzuknüpfen. Freilich wird es auch dabei ohne eine gewisse Willkür nicht abgehen, da die Störungen natürlich auf den verschiedenen Gebieten des Seelenlebens in verschiedenem Grade ausgebildet sein können. Im allgemeinen werden wir uns dabei mit dem sehr einleuchtenden Vorschlage Wildermuths begegnen, die einzelnen Stufen der gesunden kind-

---

*) Emminghaus, Die psychischen Störungen des Kindesalters, 243 f.; Sollier, Der Idiot und der Imbecille, deutsch von Brie. 1891; J. Voisin, l'idiotie. 1893; Pellizzi, studii clinici ed anatomo-patologici sull' idiozia. 1901; Bourneville, recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie (Regelmässige Jahresberichte über die Idiotenabteilung des Bicêtre).

lichen Entwicklung zur vergleichenden Kennzeichnung der idiotischen Verkümmerung heranzuziehen. Wildermuth unterscheidet zwei Hauptgruppen, deren erste dem Zustande vor oder in den ersten Tagen nach der Geburt entspricht, während die zweite jene Formen enthält, die auf den verschiedenen Stufen der eigentlichen Kindheit stehen bleiben.

In den niedersten Formen der Idiotie ist die Erfassung eines Eindruckes durch die Aufmerksamkeit gänzlich unmöglich. Es gelingt nicht, durch irgend einen Reiz Teilnahme zu erwecken, so dass es oft schwer ist, festzustellen, ob die Sinnesorgane überhaupt erregbar sind. Die Kranken sammeln keine Erfahrungen, lernen ihre Umgebung nicht kennen und sind unfähig, irgendwelche klare Vorstellungen, Urteile oder Schlüsse zu bilden; ebensowenig kann von einem eigentlichen Selbstbewusstsein die Rede sein. Das Gefühlsleben bleibt auf den Wechsel dunkler Gemeingefühle beschränkt, und die durch sie hervorgerufenen Handlungen, die sich höchstens noch auf die Nahrungsaufnahme beziehen, machen den Eindruck des Triebartigen. Die Kranken sind gemütlich meist gänzlich unerregbar. Sie lächeln nicht, erschrecken nicht, äussern kein Unbehagen bei Verunreinigungen, keine Freude bei den Vorbereitungen zur Mahlzeit oder bei kleinen Geschenken. Höchstens drückt sich das Wohlbehagen in pendelnden Bewegungen, Zappeln, Schnurren, Hunger oder stärkerer körperlicher Schmerz in eintönigem, gellendem Schreien, Herumwälzen am Boden, Gesichterschneiden aus. Sie treffen keine Auswahl beim Essen, verschlingen vielmehr oft gierig auch Steine, Kalk, Kleidungsstücke, Holz, Metallteile, ja ihre eigenen Ausleerungen, zeigen kein Verlangen, sich Gegenstände anzueignen, greifen nicht zu, spielen nicht und schreien nicht, wenn man ihnen ein Spielzeug aus der Hand nimmt. Zu den einfachsten zweckmässigen Handlungen sind sie unfähig, vermögen z. B. nicht den zufällig zwischen die eigenen Zähne geratenen Zeigefinger in Sicherheit zu bringen, weichen nicht aus, wenn man sie immer wieder an derselben Stelle mit der Nadel sticht, obgleich sie vielleicht die Miene verziehen und schreien. Der Gesichtsausdruck bleibt meist stumpf und leer, kann aber bei erworbener Idiotie trotz tiefsten Blödsinns ein aufgeweckter sein.

Von einer Sprachentwicklung ist keine Spur vorhanden.

Crailsheimer fand völliges Fehlen der Sprache bei 36,3 % seiner Kranken. Die Kranken stossen nur einförmige, unartikulierte Laute aus, bisweilen in rhythmischer Wiederholung, wenn sie durch irgend etwas erregt werden. Einer meiner Kranken vermochte aber trotzdem Melodien richtig und kräftig nachzusingen. Das Gehen und Stehen sogar wird erst spät oder gar nicht erlernt; alle Bewegungen bleiben ungeschickt und plump. Bisweilen zeigen die Kranken eine gewisse Unruhe, planloses Herumrennen und Betasten, Kreischen, hartnäckiges Schmieren mit Speichel, Nägelkauen, Zupfen an Haaren und Kleidern, triebartiges Masturbieren. Die gesamte körperliche Entwicklung dieser tiefstehenden Idioten pflegt erheblich zurückzubleiben. Die Kinder können öfters nicht gehen oder stehen, ja vielleicht nicht einmal sitzen, hängen wie ein schlaffes Bündel vom Arme, wenn sie aufgenommen werden. Das Zahnen vollzieht sich spät und unregelmässig; Krampfanfälle sind häufig. Sie gehen ohne die liebevollste Pflege, die für ihre Fütterung, Reinhaltung u. s. f. unermüdliche Sorge trägt, rasch zugrunde.

Ein etwas höherer Stand des Seelenlebens ist dort erreicht, wo wenigstens durch besonders auffallende Eindrücke die Aufmerksamkeit des Kranken für einige Zeit erregt werden kann, wenn auch eine selbständige Lenkung derselben nach inneren Beweggründen noch nicht stattfindet. Hier werden einzelne deutliche Sinneswahrnehmungen dem Bewusstsein zugeführt und wohl auch eine beschränkte Anzahl von einfachen Vorstellungen gebildet, allein dieselben sind doch vielfach sehr unvollständig und entbehren des inneren Zusammenhanges. Das Gedächtnis zeigt, namentlich was die Schnelligkeit der Einprägung anbelangt, eine äusserst geringe Leistungsfähigkeit. Galton fand, dass selbst besser begabte und zu aussergewöhnlichen Gedächtnisleistungen befähigte Idioten nur Reihen von höchstens 3—4 langsam ihnen vorgesagten Buchstaben sofort richtig wiederholen konnten, während gesunde, gleichalterige Kinder ohne Schwierigkeit sogar 7—8 Buchstaben nachzusprechen vermochten. Die Kranken lernen infolgedessen nur sehr langsam und unvollkommen ein wenig lesen, schreiben oder rechnen, erkennen die Uhr nicht, gewinnen kein Verständnis für die Bedeutung des Geldes oder der Zeitrechnung. Die Fähigkeit zur Auffindung gemeinsamer Bestandteile in ver-

schiedenen Wahrnehmungen, wie sie die Grundlage der Begriffsbildung ausmacht, ist sehr gering; die Vorstellungen bleiben wesentlich auf der Stufe sinnlicher Erinnerungsbilder stehen, die allerdings bisweilen eine ziemliche Lebhaftigkeit besitzen.

Eine sehr dankenswerte Untersuchung über das Verhalten der Vorstellungsverbindungen bei einer Idiotin hat Wreschner*) durchgeführt, indem er mit Hilfe der Sommerschen Fragebogen an einer Reihe durch längere Zwischenzeiten getrennter Tage Associationen sammelte und deren Dauer bestimmte. Dabei stellte sich im allgemeinen heraus, dass der Ablauf des Associationsvorganges erheblich verlangsamt, und dass die Mannigfaltigkeit der Associationen sehr gering war, obgleich sich eine Fixierung der Verbindungen, wie sie sich unter gleichen Verhältnissen bei Gesunden sehr entschieden geltend machen würde, kaum bemerken liess. Ein Einfluss der Übung trat wesentlich in einer Verbesserung des Wertes der Associationen hervor. Die meisten Associationen waren äusserst geringwertig, lieferten nur die allernächstliegenden Vorstellungen, sehr häufig nur lautliche Anknüpfungen, besonders bei schwierigeren Reizwörtern; öfters kam überhaupt gar keine Association zustande. Adjektivische Associationen wurden sehr bevorzugt und lieferten auch etwas bessere Ergebnisse; es muss aber dahingestellt bleiben, ob das nicht ein ganz persönlicher Befund ist.

Die Sprache wie das Verständnis, und damit der geistige Verkehr mit der Umgebung, ist meist wenig entwickelt; sie bleibt in der Unvollkommenheit der Satzbildung, der Einmischung unverstandener Flickwörter, der Unbeholfenheit des Ausdrucks, der Ärmlichkeit des Wortschatzes auf kindlicher Stufe stehen. Ein Beispiel dafür gibt die folgende Nachschrift:

„Mein Leben hat sich aufgehalten; damit hat man sich eine schöne Gruss; mein Leben hat schon gut. Man hat schöne Freud; Mittag passe ich bald wieder auf. Wenn Mittag schon da ist, um zwei Uhr, da fährt um zwei, wenn er mich bald sehen soll, da fährt ein Schnellzug, ein Um-2-Uhr-Schnellzug. Um 3 Uhr ist steht er schon in Mosbach, da werd ich bald, bald in Mosbach sein — hast gehört gehabt? Musst gut aufpassen. Da pfeift der Zug, hörst, dann da kannst sehen, da kann Dich auf, kann Dich aus Anstalt Mosbach, aufpasst, in Anstalt, da kann ich Anstalt feiern; in Mosbach Weih-

*) Wreschner, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, LVII, 241.

nachtsfest feiern. Max, der Herr Inspektor, einen schönen Gruss, wenn der ein Jahr es sein, sich bald wieder sehen soll; wenn er mich wieder gern sehen lassen will, mit, ein Doctor hat mich schon aufpassen gelernt . . ."

Man entnimmt aus diesen ungelenken Äusserungen wohl ungefähr den Sinn, dass der Kranke, Max, wieder nach Mosbach fahren und dort das Weihnachtsfest feiern möchte, aber dieser Wunsch kleidet sich wie bei Naturvölkern in eine lebhafte Aufzählung der Einzelheiten, die sich abspielen sollen. Dazwischen schieben sich in vielfacher Wiederholung die dem Kranken aus dem Unterricht geläufigen Aufforderungen.

Der beim gesunden Kinde so sehr in den Vordergrund tretende Nachahmungstrieb und die damit zusammenhängende Neigung, zu spielen, sich selbst zu beschäftigen, spielt nur eine geringe Rolle. Die Kranken ermüden ungemein leicht, vermögen keiner Anregung längere Zeit hindurch zu folgen. Sie denken nicht nach, machen keine Pläne für die Zukunft, haben keine Sorgen, leben unbekümmert in den Tag hinein. Selbstsüchtige, grobsinnliche Gefühle beherrschen die Stimmung und liefern die Antriebe für ein nur auf Befriedigung augenblicklicher Gelüste gerichtetes Handeln. Obgleich die Bevorzugung oder der Besitz Anderer ihren Neid erregen kann, haben sie doch gar kein Gefühl für die eigene Unzulänglichkeit und Unselbständigkeit. Tiefere Zuneigung zu einzelnen Personen kommt nicht zustande, höchstens eine gewisse hündische Anhänglichkeit; die Kranken sind nicht dankbar für Wohltaten, empfinden kein Heimweh bei der Trennung von ihren Angehörigen, grämen sich nicht über den Tod der Personen, zu denen sie Zuneigung gezeigt hatten. Bei ungeeigneter, rauher Behandlung kann sich grosse Reizbarkeit und ein verstocktes, bösartiges, rachsüchtiges Wesen entwickeln. Gelegentlich kommt es zu plötzlichen, unbändigen Wutausbrüchen, wo die eigenen Wünsche durchkreuzt werden; die Kranken drohen mit Feueranlegen, suchen aus geringfügigem Anlasse gefährlichen Schabernack zu spielen, heimlich zu zerstören, kleine Kinder zu erdrosseln. Der Geschlechtstrieb fehlt ganz, oder er tritt auch wohl schon in den ersten Lebensjahren hervor und kann zu eifrig betriebener, rücksichtsloser Masturbation, bei Mädchen zur „Mannstollheit" führen. Nicht ganz selten besteht auch die Neigung zu geschlechtlichen Angriffen, besonders auf Kinder. Viel-

fach sind die Kranken gefrässig, schmieren beim Essen, verzehren ihre Nahrung in einem Winkel, greifen mit den Fingern in die Schüssel. In ganz vereinzelten Fällen entwickeln sich gewisse einseitige Fähigkeiten, namentlich auffallendes mechanisches Wort-,, Zahlen-, Klanggedächtnis oder technische Fertigkeiten einfacher Art; einer meiner Kranken vermochte sofort den Wochentag für jedes Datum der letzten Jahre anzugeben; ein anderer, der sonst sehr unbeholfen war, schnitt recht geschickt mit der Schere aus und sah gern Bilder von Bauten und Maschinen. Noch andere beschäftigen sich eifrig mit kindlichen Zeichnungen oder lieben leidenschaftlich Musik.

Je nach der Leichtigkeit, mit welcher die Aufmerksamkeit angezogen und abgelenkt werden kann, lassen sich zwei, allerdings nur in den ausgeprägtesten Fällen voneinander abgegrenzte Gruppen unterscheiden, die stumpfen (anergetischen, apathischen) und die erregten (erethischen, versatilen). Die Kranken der ersten Gruppe erfassen nur langsam und unvollkommen, was um sie her vorgeht; ihr Gedankengang bleibt unbeholfen und schwerfällig; die Erinnerung ist wegen der Armut des Vorstellungsschatzes und bei dem Mangel an Anknüpfungspunkten dürftig und bewegt sich meist in einzelnen gewohnheitsmässigen Bahnen. Die Kranken zeigen bisweilen in ihrem Verhalten eine peinliche Gründlichkeit, wiederholen dieselben Fragen mehrfach, kommen nicht zum Abschlusse, vermögen auch Unverstandenes, z. B. Sätze in fremden Sprachen, mit grosser Treue wiederzugeben. Die Stimmung ist meist farblos, gleichgültig, zeigt öfters eine gewisse täppische Gutmütigkeit. Bei den erregten Formen wandert die Aufmerksamkeit, bald hier, bald dort angezogen, planlos hin und her und erfüllt das Bewusstsein mit buntem, innerlich zusammenhangslosem und daher rasch vergessenem Inhalte. Die Bildungsfähigkeit pflegt hier im allgemeinen geringer zu sein, als bei den schwerfälligen Formen. Rascher, oberflächlicher Wechsel der Stimmung, Unlenksamkeit, Zudringlichkeit und eine äusserliche ziellose Unruhe und Beweglichkeit vervollständigen das Bild. Die Kranken klatschen in die Hände, klopfen, greifen alles zu, springen herum, gestikulieren, schneiden Gesichter, stecken den Finger in Mund und Ohren, zerstören, rennen, lachen und schreien rastlos, lassen sich nur für kurze Augen-

blicke festhalten. Körperlich sind sie oft wohlgebildet, aber von kindlichem, schlankem Gliederbau.

Selbstverständlich gibt es nicht nur zwischen den hier gezeichneten Gegensätzen alle möglichen Übergangsformen, sondern die einzelnen Fälle zeigen auch in ihren geistigen und gemütlichen Eigentümlichkeiten vielfach persönliche Züge. In den schwersten Formen der Idiotie dagegen wird man bisweilen durch die weitgehende Übereinstimmung mancher Kranker in ihrem psychischen und körperlichen Gesamtverhalten überrascht. Manchmal entwickeln sich auf der idiotischen Grundlage mehr vorübergehende psychische Störungen, namentlich epileptische Erregungen oder manisch-depressive Anfälle. Nach Wildermuths Angaben scheint hier eine ganz ähnliche Periodicität vorzukommen, wie wir sie bei den Endzuständen der Dementia praecox beobachten. Auch Zwangsvorstellungen, Zwangsantriebe, sinnloses Fortlaufen, Angstanfälle, gelegentlich mit starker Selbstmordneigung, sind nicht selten. Ich sah einen Knaben, der bei den Wörtern „Affe“ und „Watte“ in die lebhafteste Angst geriet. Vor einem Wattebäuschchen lief er davon und flehte ganz beweglich, man möge es wieder forttun. Hie und da finden sich kindische Verfolgungs- oder Grössenideen.

Bei der Verschiedenartigkeit der Zustände, welche wir unter dem Sammelnamen der Idiotie zusammenfassen, kann es uns nicht Wunder nehmen, wenn wir auch auf körperlichem Gebiete eine grosse Mannigfaltigkeit der Krankheitszeichen antreffen. Durchschnittlich findet sich ein geringeres Längenwachstum, sogar bis zum Zwergwuchse; damit verknüpft sich ein Zurückbleiben der gesamten Körperentwicklung, kindlicher Habitus, Ausbleiben des Bartes und der Schamhaare, geringe Ausbildung der Genitalien, Kryptorchismus, Fehlen der Menstruation, späte, unregelmässige und mangelhafte Zahnbildung. Die Sinne, besonders das Gehör, aber auch Geschmack und Geruch, erscheinen oft ausserordentlich stumpf, zum Teil gewiss wegen der Aufmerksamkeitsträgheit der Kranken.

Ferner beobachtet man in grösserer oder geringerer Häufigkeit jene kleinen Entwicklungsstörungen, welche man als Entartungszeichen anzusehen pflegt, Missbildungen an Augen, Ohren, Gaumen, Nase und an den Knochen des Gesichtsskeletts, nament-

lich falsche Stellung der Kiefer und Zähne. Wildermuth konnte derartige Abweichungen in 80% der Fälle nachweisen. Ausserdem bestanden vielfach noch Steigerung oder Fehlen der Sehnenreflexe sowie Coordinationsstörungen an den unteren Extremitäten, den Augenmuskeln (Nystagmus), namentlich aber beim Sprechen: Abstossen der Endsilben, stockendes, stossweises Sprechen, Stottern, mangelhafte Artikulation einzelner oder der meisten Konsonanten mit Verstümmelung und Verunstaltung der Wörter*), ferner auffallend oft Spiegelschrift, besonders bei Mädchen, Plumpheit und Ungeschicklichkeit in allen Bewegungen, unüberwindliche Mitbewegungen, Saugen an der Zunge, Wiederkäuen, Speichelfluss, Bettnässen, Unreinlichkeit. Häufig sind auch Anzeichen, welche auf vorangegangene Hirnerkrankungen hinweisen, halbseitige Lähmungen und Paresen, Kontrakturen, Spasmen (in einzelnen Fällen brettartige Steifigkeit des ganzen Körpers), Gelenkschlaffheit, örtliche Wachstumshemmungen, Erlöschen, halbseitige oder doppelseitige Steigerung der Reflexe, Krämpfe verschiedenster Art, choreatische, athetotische Bewegungen, gewohnheitsmässiges Zähneknirschen, Aphasie. Als wichtigste Begleiterin des Krankheitsbildes der Idiotie ist endlich die Epilepsie zu nennen, die sich nach Wildermuths Mitteilungen in etwa 30% der Fälle findet. Nicht selten, besonders bei Knaben, treten epileptische Anfälle verschiedener Art, von ausgeprägten Krämpfen bis zu den leichtesten Erscheinungsformen, bereits in den ersten Lebensjahren auf und müssen dann als prognostisch sehr ungünstiges Zeichen betrachtet werden. Entwickelt sich die Epilepsie erst in späterer Zeit, so ist ihre Bedeutung eine weit geringere.

Unter den Ursachen**) der Idiotie scheint, soweit es sich um einfache Entwicklungshemmungen handelt, die erbliche krankhafte Belastung eine gewisse Rolle zu spielen. Wir haben ja schon früher gesehen, dass die Idiotie, und wohl nicht ohne Berechtigung, als das letzte Glied in der Kette der familiären Entartung aufgefasst worden ist. Wildermuth fand in 70% der Fälle erbliche Belastung. Eine wesentliche Rolle spielt die Trunk-

---

*) Berkhan, Über Störungen der Sprache und der Schriftsprache. 1889.
**) Piper, Zur Ätiologie der Idiotie. 1893.

sucht der Eltern, wie auch durch Demmes früher mitgeteilte Erfahrungen dargetan wird; Bourneville fand unter 1000 Fällen 471mal Trunksucht des Vaters, 84mal der Mutter, 65mal beider Eltern; in 171 Fällen fehlten alle sicheren Nachrichten. Er gibt an, dass 57 Kranke sicher und 24 wahrscheinlich im Rausche erzeugt waren. Weiterhin soll nahe Verwandtschaft der Eltern das Entstehen der Idiotie begünstigen, doch darf das keineswegs als erwiesen gelten. Schwere Erkrankungen und heftige gemütliche Erschütterungen der Mutter während der Schwangerschaft werden ebenfalls unter den Ursachen der Idiotie angegeben. Piper hat auf die Häufigkeit der Tuberkulose in den Familien der Idioten aufmerksam gemacht. Bei den nach der Geburt erworbenen Formen der Idiotie, deren Zahl auf etwa $^1/_3$—$^1/_4$ aller Fälle zu veranschlagen ist, spielen ohne Zweifel die ursächliche Hauptrolle Infektionskrankheiten, Typhus, Blattern, Scharlach, seltener Diphtherie, Masern und Erysipel. Ausserdem gibt es sicherlich noch eine Reihe von Schädigungen des jugendlichen Hirns, welche Idiotie erzeugen können; wenigstens sind die Erscheinungen von Hirnreizung bei kleinen Kindern (Delirien, Krämpfe) bekanntlich ungemein häufig, wenn sie auch in der Regel keine schwereren Folgen hinterlassen. Vielleicht spielen dabei Darmgifte eine wesentliche Rolle. Ferner dürfte hier die ererbte Syphilis, die Wildermuth bei 11,8% seiner Kranken feststellte, auch wohl die Rachitis in Betracht kommen. Von grosser ursächlicher Wichtigkeit ist der frühzeitige Missbrauch des Alkohols, die „Kräftigung" schwächlicher Kinder durch den vom Arzte verordneten Tokayer, sodann länger dauernde Asphyxie während und nach der Geburt. Stolper gibt an, dass 13,8% der Idioten verzögert oder mit Hilfe der Zange geboren seien; Fletcher Beach spricht sogar von 30,7%. Wahrscheinlich kommt es dabei öfters zur Zerreissung von Gefässen durch die Verschiebungen und Quetschungen im engen Becken. In ganz auffallender Häufigkeit sind unter den Idioten die Erstgeborenen vertreten; 4—5% sind Zwillinge.

Eine zweite grosse Gruppe von Ursachen bilden die Kopfverletzungen, vielleicht auch Überhitzung des Kopfes. Als mittelbare Ursachen reihen sich ihnen alle die allgemeinen und persönlichen Schädigungen der Gesundheit an, welche vorzugsweise die

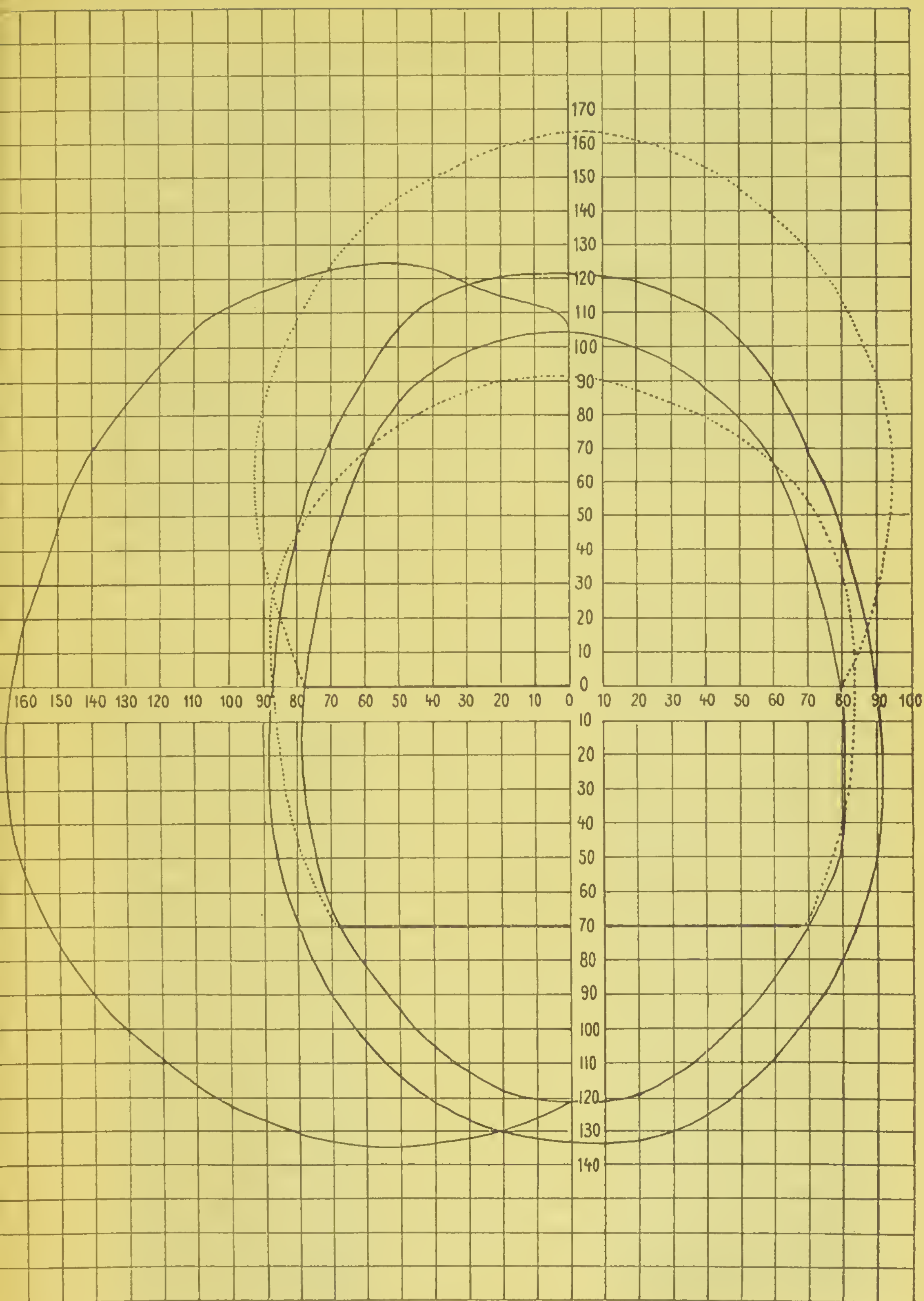
niederen Volksschichten treffen und nach dieser oder jener Richtung hin das Fortpflanzungsgeschäft oder die Entwicklung des Fötus in krankhaftem Sinne zu beeinflussen vermögen. Wulff hat darauf hingewiesen, dass bei Idioten häufig ein Missverhältnis zwischen der Grösse des Herzens und derjenigen des übrigen Körpers beobachtet wird. Die Deutung dieser Tatsache muss allerdings einstweilen wohl noch unsicher bleiben. Das männliche Geschlecht überwiegt bei den Idioten erheblich; vielfach stammen sie aus kinderreichen Familien, in denen dann gewöhnlich mehrere Geschwister gleichzeitig schwerere oder leichtere Entwicklungsstörungen darbieten; ich sah eine Mutter mit 3 idiotischen und noch mehreren gesunden Kindern.

Eine ganz besondere Bedeutung hat man nach Virchows Vorgang dem Einflusse der Nahtverknöcherung am Schädel auf die Ausbildung des Gehirns zugeschrieben, indem man vorzeitige Knochenverwachsungen als die Ursache abnormer Kleinheit oder asymmetrischer Gestaltung desselben ansah. Namentlich durch v. Guddens Untersuchungen ist indessen dargetan worden, dass, in der Regel wenigstens, die Entwicklung des Schädels wesentlich durch die Wachstumsverhältnisse des Gehirns bestimmt wird und nicht umgekehrt. Die Gesetze, welche diesen letzteren zugrunde liegen, sind noch zum grössten Teile ebenso unklar wie die Wachstumsbedingungen überhaupt; es scheint jedoch, dass die Weite der Blutgefässe, die Menge, namentlich aber auch die Beschaffenheit der zugeführten Ernährungsstoffe von einigem Einflusse sein kann. Natürlich ist die Berücksichtigung der Schädelform, wenn man in ihr auch nicht die Ursache der Hirnstörungen sieht, dennoch bisweilen von grossem Werte, insofern sie bis zu einem gewissen Grade einen Rückschluss auf die Art dieser letzteren gestattet.

Tatsächlich finden sich Verbildungen des Schädels bei Idioten, wie Wildermuth gezeigt hat, in etwa der Hälfte der Fälle. Auch Kellner sah bei 64% seiner Kranken die Schädelmasse aus dem Bereiche der Gesundheitsbreite herausfallen. Recht häufig finden sich niedrige Schädel, öfters von erheblicher Breite, namentlich bei den Kranken mit Epilepsie. Im allgemeinen

---

*) Kellner, Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie, LVIII, 61.



Figur XXIX. Hydrocephalus.

scheinen eher die Schädel mit vergrössertem Horizontalumfang zu überwiegen; meist liegen hier wohl hydrocephalische Erkrankungen zugrunde, die sich durch die Vorwölbung der Stirn, die starke Ausbuchtung der Scheitelbeine und die Verkümmerung des Gesichtsschädels kundgeben. Ein nahezu 8jähriges, mässig hydrocephalisches Mädchen, das weder stehen noch gehen kann, auch unreinlich ist, aber bildungsfähig erscheint, gibt die Figur 2 der Tafel XI wieder. Um aber zu zeigen, welchen Umfang ein solcher Schädel erreichen kann, teile ich ein nach Riegers Verfahren gewonnenes, auf die Hälfte verkleinertes Diagramm eines von mir in Dorpat beobachteten, erwachsenen Hydrocephalen mit, der neben hochgradigem Blödsinn Sehnervenatrophie und eine halbseitige spastische Lähmung darbot. Die beiden übereinander gelegenen Horizontalkurven und die Sagittalkurve sind ausgezogen, während die Frontalkurven punktiert sind. Man erkennt deutlich in allen Kurven die Verbreiterung des Schädels nach oben, namentlich das Vorspringen der Stirn. Die grösste Länge des Schädels beträgt 25,3 cm gegenüber einer Gesundheitsbreite von 17,5—20,0 cm, die grösste Breite 18,7 cm gegenüber der Norm von 14,5—16,0, der grösste Umfang 69,6 gegen 52,1—57,5 cm. Ausser den hydrocephalen Formen finden sich vielfach auch gleichmässig in allen Durchmessern vergrösserte Schädel. Das beifolgende Bild zeigt einen sehr tiefstehenden, sprachlosen, dabei erregten Idioten mit grossem Kopfe ohne Lähmungserscheinungen. Die Bildung der Nase und der Augen wie der offenstehende Mund erinnert vielleicht an den später zu erwähnenden Mongolentypus, doch bestand keine Gelenkschlaffheit, eher eine gewisse Steifigkeit in den Beinen.

In ganz besonderem Masse hat die Aufmerksamkeit der Irrenärzte seit langer Zeit die Mikrocephalie erregt, die entweder als gleichmässige Verkleinerung aller Durchmesser des Schädels, oder, seltener, als sogenannter Aztekentypus mit stark fliehender Stirn und abgeflachtem Hinterhaupte auftritt, ähnlich künstlichen Missbildungen, die sich an altperuanischen Schädeln finden. Einen $10^1/_2$ jährigen mikrocephalen Knaben, der unrein und nicht bildungsfähig ist, auch nur unartikulierte Laute hervorzubringen vermag und nur wenige Worte versteht, stellt die Figur 1 der Tafel XI dar. Zum Vergleiche mit dem Hydrocepha-



1. Mikrocephalie.



2. Hydrocephalie.



3. Cerebrale Kinderlähmung.



4. Katatonische Idiotie.

Idioten.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

lus gebe ich das Schädeldiagramm eines 50jährigen Mikrocephalen wieder. Die grösste Länge des Schädels beträgt 14,7, die grösste Breite 12,2, der Horizontalumfang 43,7 cm. Die obere Horizontalkurve ist, im Gegensatze zum Hydrocephalus, kleiner,

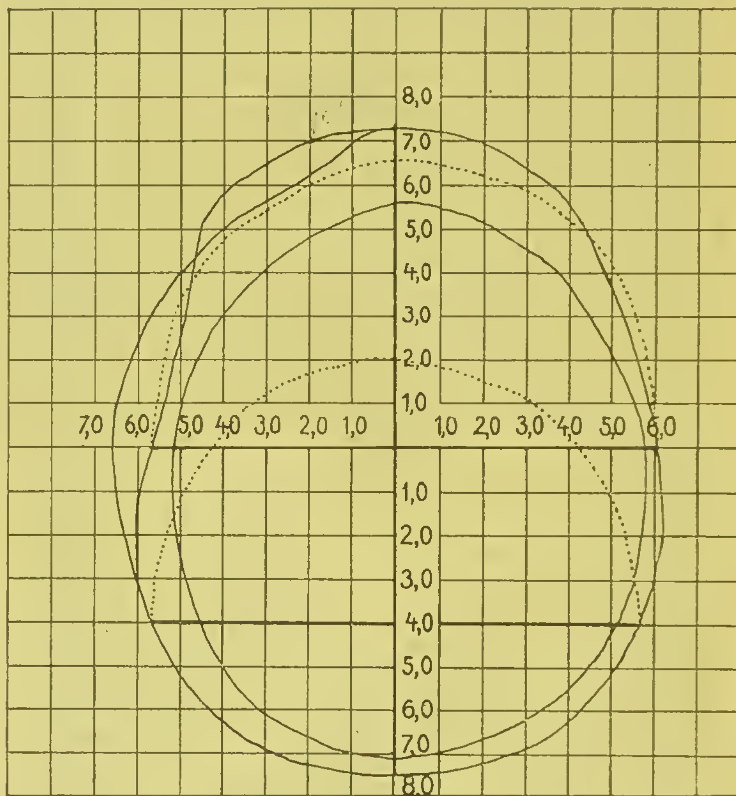


Figur XXX. Tiefstehender Idiot mit gleichmässig vergrössertem Schädel.

als die untere. An der mit der unteren Horizontalen zum Teil gleichlaufenden Sagittalkurve erkennt man deutlich das Fliehen der Stirn.

Solche Bildungen sind natürlich notwendig mit krankhafter Kleinheit des Gehirns verbunden, die durch gleichzeitigen Hydro-

cephalus noch beträchtlicher ausfallen kann, als der Augenschein vermuten lässt. In der Regel zeigen aber derartige Hirne ausser ihrer Kleinheit noch mannigfache sonstige Entwicklungsstörungen. Ferner findet sich gerade hier fast niemals Verknöcherung der Nähte, sondern sogar vielfach Offenbleiben solcher Nähte, die sich sonst frühzeitig schliessen. Da die Schädel-



Figur XXXI. Mikrocephalie.

nähte verwachsen, sobald der Gegendruck des Hirns an einer Stelle nachlässt, so lassen sich aus der Schädelbildung gewisse allgemeine Schlüsse auf die verhältnismässige Entwicklung der einzelnen Hirnteile ziehen. Verkürzung des Schädelgrundes (Tribasilarsynostose) geht mit einer Verkümmerung der nach unten gelegenen Hirnpartien einher; Verkleinerung der Schädelkapsel nach irgend einer Richtung mit vorzeitiger Verknöcherung der auf letzterer senkrecht stehenden Nähte deutet auf eine geringe Ausbildung der betroffenen Rindengegend hin.

Allein es können sich bei diesen begrenzten Störungen nach anderen Richtungen hin ausgleichende Verschiebungen sowohl des Schädels wie des Gehirns entwickeln, die eine völlig genügende Entfaltung aller einzelnen Hirnteile ermöglichen. In der Tat finden sich nicht so selten ziemlich hochgradige Verbildungen des Schädels bei geistig durchaus gesunden, ja hochstehenden Menschen, so dass wir jene Befunde im allgemeinen mehr als eine Hindeutung auf die Möglichkeit gleichzeitiger anderer Veränderungen, denn als die notwendige Ursache krankhafter Funktionsstörungen selbst ansehen dürfen. Jedenfalls bieten sie einstweilen ein weit grösseres anthropologisches und anatomisches, als eigentlich psychiatrisches Interesse, zumal die Versuche, sie zu bestimmten klinischen Bildern in Beziehung zu bringen, bisher noch wenig erfolgreich gewesen sind. Nur scheint die Verkümmerung des Schädelgrundes mehr mit den tieferstehenden, stumpfen Formen der Idiotie in Zusammenhang zu stehen, während man bei krankhafter Kleinheit der Schädelkapsel mit fliehender Stirn meist die erregten Formen beobachtet, häufig begleitet von Epilepsie.

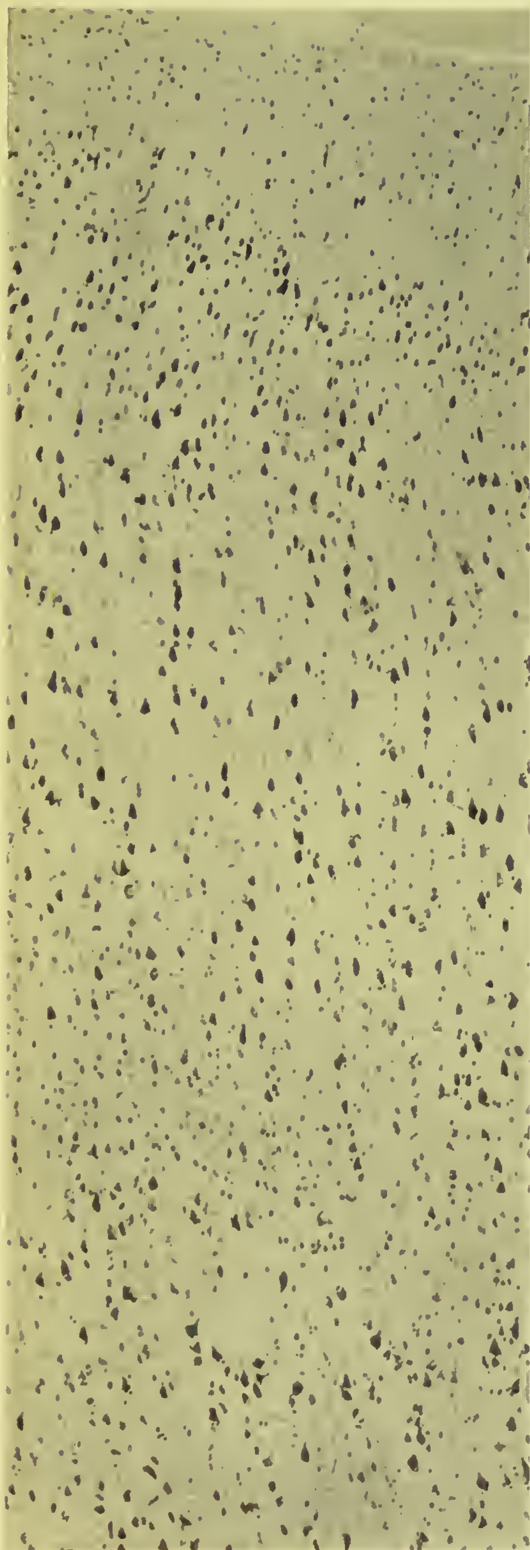
Als Führer durch das Wirrsal der idiotischen Krankheitszustände wird uns nur die pathologische Anatomie*) dienen können. Allerdings stösst der Versuch, mit ihrer Hilfe einen Überblick über die verschiedenen Erkrankungen zu gewinnen, die wir hier zusammenfassen, heute noch auf grosse Schwierigkeiten. Bourneville, der wohl die reichste Erfahrung auf diesem Gebiete besitzt, unterscheidet von anatomischem Standpunkte folgende Krankheitsvorgänge, die Idiotie erzeugen können: 1. Chronische Meningitis; 2. Chronische Meningoencephalitis; 3. Veränderungen der Nervenzellen ohne gröbere Missbildung; 4. Hypertrophische tuberöse Sklerose; 5. Verbreitete oder umschriebene Sklerose mit Atrophie; 6. Erweichung durch Gefässverschluss

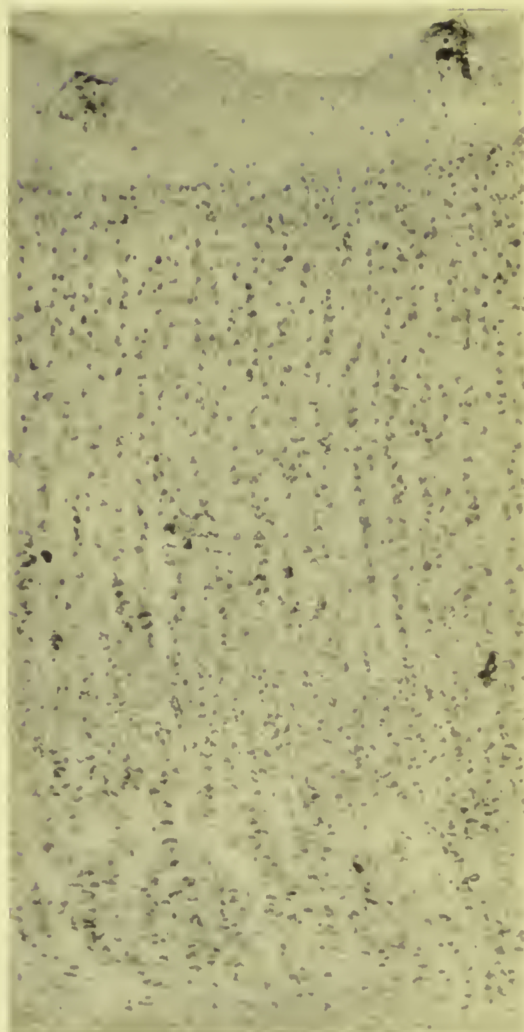
*) Hammarberg, Studien und Klinik und Pathologie der Idiotie, Deutsch von W. Berger. 1895; Pfleger und Pilcz in Obersteiners Arbeiten, Heft V, 1897; Pilcz, Jahrbücher f. Psychiatrie, XVIII, 526; Mingazzini, Monatsschr. f. Psychiatrie, VII, 429; Kotschetkowa, Archiv f. Psychiatrie, XXXIV, 39; Köppen, Archiv f. Psych., XXX, 896; König, Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde 1897, XI; Anton, Handbuch der patholog. Anatomie des Nervensystems von Flatau-Jacobsohn-Minor, 416. 1901; Weber ebenda, 1440.

oder Blutung; 7. Hydrocephalie; 8. Myxödem; 9. Angeborene Missbildungen, Porencephalie, Balkenmangel; 10. Mikrocephalie. Schon diese Aufzählung weist deutlich darauf hin, dass die Grundlage der Idiotie sehr weit davon entfernt ist, eine einheitliche Krankheit zu sein.

Den breitesten Raum war man früher geneigt, den eigentlichen Missbildungen und Entwicklungshemmungen zuzugestehen. Es lässt sich auch nicht leugnen, dass diese Deutung der Befunde in manchen Fällen die grösste Wahrscheinlichkeit für sich hat. Die histologische Ausbildung der Hirnrinde kann auf niederer Stufe stehen bleiben. In einigen von Hammarberg untersuchten Fällen, die im Leben tiefsten Blödsinn dargeboten hatten, entsprach der Zustand der Rinde etwa demjenigen im 6. Fötalmonate. Die Zahl der Nervenzellen war eine ungemein geringe, ihre Form und ihr innerer Bau noch ganz unentwickelt. Nicht immer ist die Entwicklungshemmung in allen Teilen des Gehirns gleich ausgesprochen; vielmehr sieht man neben stark zurückgebliebenen Gebieten solche, die weiter vorgeschritten, vielleicht sogar ziemlich gut entwickelt sind. Namentlich Mierzejewsky hat auf die Möglichkeit derartiger umschriebener Störungen hingewiesen. Ich gebe in Figur 2 der Tafel XII einen Durchschnitt durch die Rinde einer 40jährigen Idiotin, die auf tiefer Stufe stand und nur unartikulierte Laute von sich zu geben vermochte. Der Stillstand der Rindenentwicklung auf embryonaler Stufe ist hier sehr deutlich zu erkennen. Die Rinde ist kaum halb so breit wie eine gesunde; die Zellen stehen in ganz dicht gedrängten, geradlinigen Reihen, weil weder die Fasern noch das graue Netz zwischen ihnen zur gehörigen Entwicklung gelangt ist. Dieser Bau entspricht vollkommen demjenigen nicht nur beim Neugeborenen, sondern auch bei niederen Säugetieren. Die Unterschiede in Bau und Grösse der Zellen sind, was sich allerdings erst bei starker Vergrösserung erkennen lässt, wenig ausgeprägt; die einzelnen Zellen haben noch ihr blasses, rundliches, embryonales Aussehen behalten.

Derartige Bilder scheinen indessen ungemein selten zu sein. Immerhin zeugen sie wohl dafür, dass mangelhafte Ausbildung mehr oder weniger ausgedehnter Hirnteile einen einfach teratologischen Ursprung haben kann. So soll die wahre Mikrocephalie





1. 2.

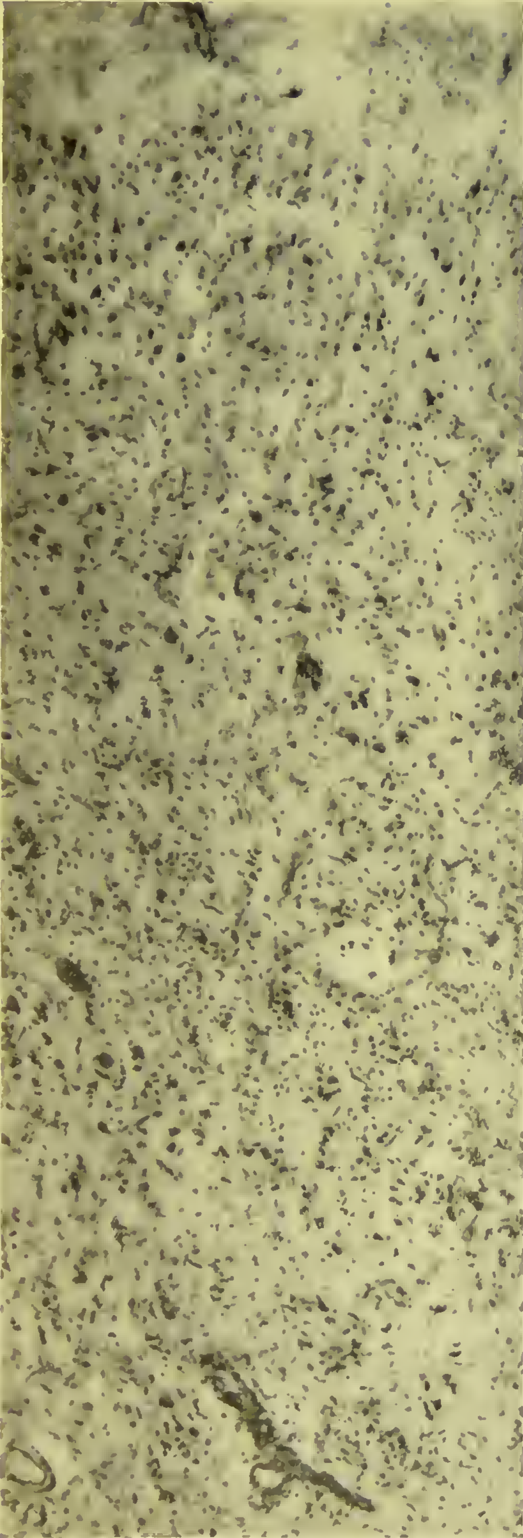
1. Gesunde Hirnrinde. 2. Entwicklungshemmung bei Idiotie.

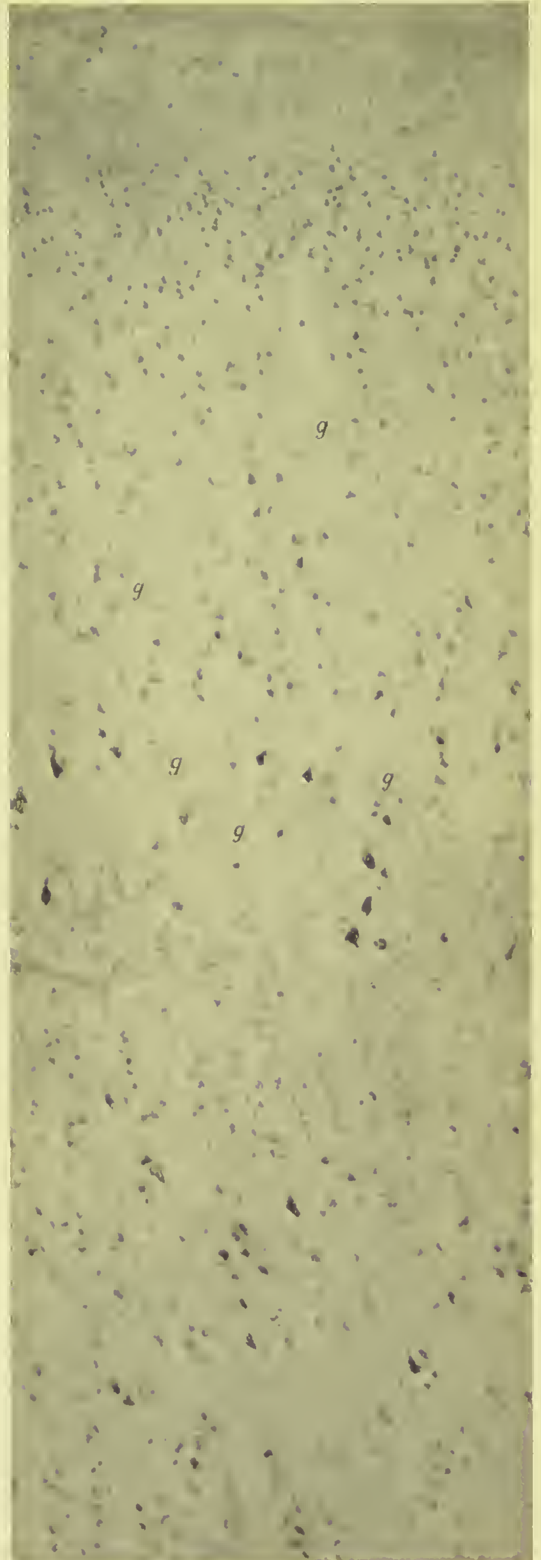
auf einer Entwicklungshemmung des gesamten Hirns beruhen; sie verknüpft sich dann auch mit Mikromyelie. Die echte Mikrogyrie soll dadurch zustande kommen, dass gewisse Markmassen unentwickelt bleiben und so eine Verkümmerung der zugehörigen Rindengebiete eintritt. Auch für die Porencephalie ist hie und da eine ähnliche Entstehung angenommen worden. Einleuchtender erscheint die Erklärung durch Missbildung wohl für die Heterotopien, die Versprengung von grauem Hirngewebe im Marke. Die letzte Ursache aller dieser Verbildungen hat man vielfach in atavistischen Rückschlägen gesucht. Carl Vogt glaubte bekanntlich in den Mikrocephalen geradezu Affenmenschen gefunden zu haben. Daran ist soviel richtig, dass, wie Mingazzini ausgeführt hat, Tierähnlichkeiten überall dort leicht auftreten, wo irgend eine Störung der Entwicklung stattfindet. Da das Hirn tierähnliche Entwicklungsstufen durchläuft, ist es verständlich, wenn dieselben an diesem oder jenem Punkte fortbestehen, sobald die volle Ausbildung gehindert wird. Die verschiedensten keimschädigenden Einflüsse, wie wir sie schon früher aufgezählt haben, mögen solche Hemmnisse bedingen. Richter hat die Vermutung aufgestellt, dass Balkenmangel und damit verknüpfte doppelseitige Porencephalie auch durch abnorme Stellung der Schläfenbeine und der Hirnsichel entstehen könnten, indem der Wachstumsdruck das gegen jene Teile angepresste hintere Balkenende zur Atrophie brächte. Wer jemals bei v. Guddens Versuchen die fast unglaubliche gegenseitige Anpassungsfähigkeit zwischen Hirn und Schädel bewundert hat, wird einer solchen Erklärung nicht beipflichten können.

Je stärker sich im Laufe der Zeit die Zahl der genau untersuchten Fälle vermehrt hat, desto gewichtiger sind die Gründe geworden, die für die Verursachung der grossen Mehrzahl von Idiotien durch Krankheitsvorgänge sprechen. Freud und Rie, König, Köppen und Andere haben sich mit grossem Nachdrucke für diese Anschauung ausgesprochen, die durch unsere eigenen Erfahrungen vollkommen bestätigt wird. In allerersten Linie dürften es encephalitische Erkrankungen sein, welche die mannigfachsten Zerstörungen im Hirn und dadurch den Stillstand oder Rückschritt der psychischen Entwicklung herbeiführen. König hat darauf hingewiesen, dass von den Fällen cerebraler Kinderlähmung

ohne geistige Einbusse eine ununterbrochene Reihe von Zwischenstufen zur einfachen Idiotie ohne Lähmung hinüberführt. In gewissen „komplikatorischen“ Störungen, epileptischen Krämpfen, unwillkürlichen Bewegungen, Coordinationsstörungen, Augenmuskellähmungen, schliesslich noch in einer halbseitigen Steigerung der Sehnenreflexe sehen wir öfters die letzten Reste der ursprünglichen Lähmung fortbestehen. Ein 14jähriges, im 3. Lebensjahre erkranktes, idiotisches Mädchen mit Hemiparese, Hemiathetose und Epilepsie, dessen Bild ich den Kollegen Lehmann und Dehio verdanke, zeigt die Figur 3 der Tafel XI. Man kann auch beobachten, dass sich bei Kindern unter den Erscheinungen einer akuten Encephalitis rasch ein idiotischer Zustand entwickelt, um sich späterhin vollkommen wieder zurückzubilden. Die Figur 1 der Tafel XIII stellt die Rinde eines encephalitisch erkrankten und blödsinnig gewordenen Kindes dar. Man erkennt hier in den Gefässen, namentlich der tieferen Schichten, dieselbe Infiltration mit Plasmazellen wie bei der Paralyse; infolgedessen treten auch die kleineren Gefässe überall deutlicher hervor, als sonst. Das ganze Gewebe ist vollkommen mit Gliazellen durchsetzt. Die Nervenzellen sind vielfach geschrumpft und sehr stark gefärbt.

Wie der Tierversuch lehrt, können sich alle diese schweren und auffallenden Veränderungen nach verhältnismässig kurzer Zeit wieder soweit verlieren, dass man ihre Spuren kaum noch nachzuweisen vermag. Wir dürfen daher nicht erwarten, bei alten Idiotien noch derartige Bilder zu finden. Vielmehr entspricht der Befund sehr häufig demjenigen unserer Figur 2 auf Tafel XIII. Dieses Bild weicht gar nicht so sehr von demjenigen der gesunden Rinde ab. Allerdings scheinen die Nervenzellen weniger zahlreich zu sein, doch lässt sich über diesen Punkt schwer ein sicheres Urteil gewinnen. Dagegen zeigt sich, dass eine beträchtliche Vermehrung der Glia stattgefunden hat, deren feine, ganz blass gefärbte und darum erst bei stärkerer Vergrösserung deutlicher erkennbare Zellen in sehr grossen Mengen die ganze Rinde durchsetzen; einige derselben sind mit g bezeichnet. Daraus können wir schliessen, dass sich hier frühere Erkrankungen abgespielt haben müssen. Zudem erkennen wir auch an den noch vorhandenen Nervenzellen fast überall die zackigen Formen von Nissls chroni-





1. 2.

I. Hirnrinde bei frischer Encephalitis. 2. Hirnrinde bei alter Idiotie.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

scher Veränderung. Über die Art der voraufgegangenen Rindenerkrankung sagt uns dieser Befund zunächst nichts; er ähnelt demjenigen, den man etwa nach chronischen Vergiftungen, in manchen Fällen von Epilepsie beobachtet. Bei der grossen Häufigkeit der Encephalitis im Kindesalter, wie sie sich in den bekannten Hirnreizerscheinungen der Säuglinge kundgibt, liegt aber jedenfalls die Annahme nahe, dass die hier vorliegende Heilung mit Defekt einen Endzustand nach alter, abgelaufener Encephalitis darstellt. Wir dürfen wohl ferner vermuten, dass ähnliche Erkrankungen auch schon im Mutterleibe auftreten, manche Rindenabschnitte stärker, andere schwächer befallen und unter Umständen neben teilweiser Vernichtung des Nervengewebes in anderen Gebieten umschriebenen Stillstand der Entwicklung bewirken können.

Aber auch grössere Zerstörungen sind gewiss oft genug die Folge encephalitischer Erkrankungen, namentlich dann, wenn dieselben ein begrenztes Gebiet besonders stark befallen. Vor allem gilt das für die Porencephalie. Man kennt jedoch ferner Formen der Mikrogyrie, die durch Verkümmerung nach Zerstörungen im Marke zustande kommen, andere, die als Schrumpfungen nach meningoencephalitischen Erkrankungen anzusehen sind. Ja, es gibt auch eine Pseudomikrocephalie, bei der die Kleinheit des gesamten Hirns nicht durch einen Stillstand der Entwicklung, sondern durch umfangreiche und weit verbreitete Zerstörungen erzeugt wird. Gerade der weitgehende Ausgleich der anatomischen Krankheitsspuren macht es oft schwer, in solchen Fällen zu einer richtigen Auffassung zu gelangen. Ausser den Veränderungen an Nervenzellen und Glia sind natürlich Verdickungen und Verwachsungen der Hirnhäute sowie der Nachweis sekundärer Degenerationen von besonderer Wichtigkeit. Manche derartige Befunde deuten darauf hin, dass bisweilen vielleicht auch scheinbare Heterotopien durch encephalitische Vorgänge, krankhafte Verwachsungen und Verlagerungen, zustande kommen.

Eine weitere, eigenartige Erkrankung des Schädelinhaltes, die zur Idiotie führen kann, ist die Hydrocephalie, deren Einfluss auf die Verbildung des Kopfes wir schon erwähnt haben. In schweren Fällen werden die ungeheuer erweiterten Hirnhöhlen hier nur noch von einer dünnen, schlaffen Blase umschlossen,

welche die kümmerlichen Reste des Marklagers und der Hirnrinde enthält. Dabei finden sich öfters ausserordentliche Schmächtigkeit der Glieder, lange, dürre Arme und Finger, örtliche Spasmen und Zuckungen, Herabsetzung des Sehvermögens durch Opticusatrophie bis zur völligen Blindheit. Ferner können mehr örtliche Verkümmerungen durch Blutungen aus den bei schwerer Geburt zerrissenen Piagefässen, durch Kopfverletzungen, durch den Druck meningitischer Ausschwitzungen zustande kommen. Ich sah Atrophie beider Schläfenlappen bei Idiotie durch alte, von mächtigen Schwarten umgebene Ohrenabscesse. Der syphilitischen Erkrankungen, die durch meningoencephalitische oder endarteriitische Veränderungen zur Idiotie führen, bisweilen aber auch das Bild der juvenilen Paralyse erzeugen, haben wir schon an anderer Stelle gedacht. Pupillenstörungen bei Idioten dürften ziemlich sicher auf diese Ursache zurückweisen.

Auch gewisse Formen hochgradigen angeborenen Schwachsinns, die von den Erscheinungen der gewöhnlichen Epilepsie begleitet sind und auch deren anatomische Grundlagen aufweisen, wurden bereits bei jener Krankheit erwähnt. Dagegen hat namentlich Bourneville eine Reihe von Fällen tuberöser, hypertrophischer Hirnsklerose beschrieben, der er eine Sonderstellung einzuräumen geneigt ist. Es handelt sich hier um ungeheure, geschwulstartige Gliawucherungen, die wir wohl als die Folgeerscheinung einer ausgedehnten Vernichtung nervösen Rindengewebes aufzufassen haben. Welcher Art jedoch der zerstörende Krankheitsvorgang ist, und ob es sich überhaupt um eine bestimmte, einheitliche Erkrankung handelt, ist noch unbekannt. Im Anschlusse daran sei auch kurz der von Sachs und Tay zuerst beschriebenen „familiären, paralytisch-amaurotischen Idiotie"*) Erwähnung getan, die fast nur bei Juden vorzukommen und in der Tat ein ganz eigenartiges Bild darzubieten scheint. Das Leiden entwickelt sich regelmässig bei bis dahin anscheinend gesunden Kindern im Laufe des ersten Lebensjahres und führt unter allgemeiner Lähmung mit Sehnervenatrophie rasch zum Tode. Es wurde ursprünglich auch als Entwicklungshemmung aufge-

---

*) Sachs, Wiener Medicin. Wochenschrift, 1898, 3; Frey, Neurolog. Centralblatt, XX, 836; Higier, ebenda, 843.

fasst, doch kann es bei dem klinischen Verlaufe des Leidens wohl keinem Zweifel unterliegen, dass wir es mit einem ausgesprochenen Krankheitsvorgange zu tun haben. Dafür sprechen auch die neueren anatomischen Befunde, wenn sie auch über das Wesen der Krankheit noch keine Aufklärung gebracht haben.

Wieder einer anderen Gruppe von angeborenen Blödsinnsformen begegnen wir im Kretinismus, den wir wegen seiner besonderen Entstehungsweise früher eingehend geschildert haben. Neuerdings hat Kassowitz die Vermutung ausgesprochen, dass auch noch weitere psychische und körperliche Entwicklungsstörungen auf bisher unbekannten Selbstvergiftungen beruhen möchten. Er vermutet das namentlich von der sogenannten „mongoloiden Idiotie“*). Dieselbe ist gekennzeichnet durch platte Gesichtszüge, flachen, breiten Nasenrücken, schiefstehende, schlitzförmige Augen, dicke Zunge, rundliche Schädelform, auffallende Schlaffheit der Gelenke, Nabelbruch, hartnäckige Verstopfung; daneben finden sich noch allerlei andere Entartungszeichen, aber keine Lähmungen. Die psychische Entwicklung bleibt stark zurück; die Kranken zeigen im allgemeinen ein munteres, lebhaftes Wesen. Die Ausbildung des Knochengerüstes bietet ausser etwas geringerem Längenwachstum und einer gewissen Plumpheit der Glieder keine erheblichen Störungen. Hier soll die Thyreoidinbehandlung einzelne Krankheitszeichen, so die Verstopfung, die Nabelhernie, den Ernährungszustand, deutlich bessern, während sie das Gesamtbild nicht wesentlich zu verändern imstande ist. Zur Klärung dieser Fragen bedarf es wohl noch weiterer Erfahrungen.

Zum Schlusse haben wir noch kurz derjenigen Formen der Idiotie zu gedenken, die ich als Frühformen der Dementia praecox aufzufassen geneigt bin. Wir beobachten bei ihnen unzugängliches, störrisches Wesen, Haltungsstereotypen, Manieren und Schrullen. Einer meiner Kranken hatte die Gewohnheit angenommen, immer wieder mit der Gabel auf den Teller zu stossen, seinen Hut zu schwenken, den Bissen beim Essen stets von neuem einzutauchen, an seinem Brötchen herumzuschaben, alles 20—30

*) Neumann, Berl. Klin. Wochenschrift, 1899, 10; Kassowitz, Infantiles Myxödem, Mongolismus und Mikromelie. 1902.

mal. Häufig sind ferner einförmige, jahraus, jahrein rhythmisch sich wiederholende Triebbewegungen, Händeklatschen, Blasen und Schnauben, Hin- und Herwiegen des Körpers im Sitzen und Stehen, Hüpfen, drehende, fingernde Bewegungen. Einen solchen, von Jugend auf blöden, stumpfen, unzugänglichen und stummen, aber fast reinlichen Kranken von 23 Jahren, dessen Hände fortwährend gespreizte, sinnlose Bewegungen ausführen, stellt die Figur 4 der Tafel XII dar. Manche Kranke schlagen sich mehrmals taktmässig derb ins Gesicht und weinen dabei vor Schmerz, um kurz darauf das gleiche Spiel zu wiederholen, wenn man sie nicht daran verhindert. Die Übereinstimmung dieser Krankheitsbilder mit katatonischen Endzuständen ist oft ungemein schlagend. Allerdings wird einen sicheren Beweis für die Wesensgleichheit beider Zustände erst eine fortgeschrittene pathologische Anatomie erbringen können.

Ein Rückblick auf diese Ausführungen, mit denen wir hier vorläufig abschliessen wollen, lehrt uns, dass sich dereinst das grosse Gebiet der Idiotie vermutlich in eine Anzahl von Einzelkrankheiten auflösen wird, die wir an den verschiedensten Stellen unserer Einteilung der Seelenstörungen einzureihen haben würden. Zum Teil ist das schon jetzt geschehen, mit dem Kretinismus, mit der juvenilen Paralyse, gewissen familiären Hirnerkrankungen u. s. f. Ein gewisser Rest aber wird am Schlusse übrig bleiben, die wahren Entwicklungshemmungen, die ihre Grundlage in Entartungsvorgängen haben. Ihnen wird dann die Bezeichnung der Idiotie im engsten Sinne vorbehalten bleiben müssen.

Die Prognose der Idiotie ist, dem Wesen der Krankheit entsprechend, im allgemeinen eine durchaus ungünstige; der Idiot wird niemals imstande sein, die geistige Reife des gesund entwickelten Menschen zu erreichen. Gleichwohl ist es eine Frage von grosser praktischer Bedeutung, im einzelnen Falle darüber klar zu werden, wie weit der bestehende Zustand die Möglichkeit einer psychischen Fortentwicklung zulässt, wie weit der Kranke bildungsfähig ist oder nicht. In der ersten Kindheit lässt sich darüber in der Regel ein sicheres Urteil kaum gewinnen; wird doch oft von den Angehörigen das Bestehen einer Störung im dritten oder vierten Lebensjahre überhaupt erst bemerkt. Auch späterhin ist eine prognostische Aussage ohne längere Beobach-

tung häufig nicht leicht. Die Möglichkeit einer Fesselung der Aufmerksamkeit des Kindes für einige Zeit, das längere Haften einer Erinnerung (Wiedererkennen von Gegenständen, Sträuben gegen früher erfahrene unangenehme Einwirkungen), der Nachweis eines Verständnisses für die Sprache können als günstige Anzeichen angesehen werden, während das frühzeitige Auftreten der Epilepsie die Prognose sehr trübt. In mindestens der Hälfte solcher Fälle kommt es nach Wildermuths Angabe zur Entwicklung tiefsten Blödsinns. Auch sonst aber stellt sich nicht selten im Entwicklungsalter ein deutlicher Rückgang der bis dahin erreichten geistigen Leistungsfähigkeit ein. In einzelnen Fällen sehen wir auf der idiotischen Grundlage geradezu hebephrenische oder katatonische Krankheitsbilder entstehen; wir dürfen wohl annehmen, dass es sich hier von vornherein um eine juvenile Dementia praecox gehandelt hat. Die durchschnittliche Lebensdauer der Idioten ist eine verhältnismässig kurze. Während ein Teil derselben an den Folgen und gelegentlichen Nachschüben der Gehirnerkrankungen zugrunde geht, erliegen andere den zahlreichen Schädlichkeiten, denen sie wegen ihrer geistigen und körperlichen Unbehilflichkeit ausgesetzt sind, und endlich scheint ihnen auch noch im allgemeinen eine geringere Widerstandsfähigkeit gegenüber zufälligen Erkrankungen und ungünstigen Lebensverhältnissen zuzukommen.

Die Erkennung der Idiotie bietet nur in der frühen Kindheit erheblichere Schwierigkeiten. Allerdings können auch jetzt schon einzelne Anzeichen, Unempfindlichkeit gegenüber äusseren Einflüssen und Anregungen, Fehlen der gewöhnlichen Gefühlsäusserungen bei Hunger und Nässe, beim Anlegen an die Brust, bei Annäherung der Mutter, oder fortwährende planlose Unruhe, tagelanges, ununterbrochenes Schreien, Mangel der Aufmerksamkeit, des Lachens und Weinens, Beibehaltung der fötalen Gliederstellung, weiterhin aber die Erscheinungen von Hirnerkrankungen, Krämpfe, Lähmungen und dergl., die Vermutung einer Idiotie nahe legen. Sicherheit wird aber erst der weitere Verlauf der Entwicklung, verspätetes Gehenlernen und vor allem das gänzliche oder teilweise Ausbleiben der Sprachbildung und des Sprachverständnisses zu geben vermögen. Auf der anderen Seite wird die Abgrenzung der Idiotie von den leichteren Formen des

Schwachsinns immer bis zu einem gewissen Grade willkürlich sein; man pflegt im allgemeinen alle diejenigen Kranken der ersteren Gruppe zuzurechnen, deren geistige Entwicklung seit den frühen Kinderjahren höchstens nach der Seite des Gedächtnisses, nicht aber nach derjenigen des Urteils und des Weltverständnisses Fortschritte gemacht hat.

Um für die Beurteilung der leichteren Fälle genauere Anhaltspunkte zu gewinnen, empfiehlt es sich, ihr Wissen und Können durch Vorlegung bestimmter Fragen zu prüfen, für die mehrfach zweckmässige Verzeichnisse entworfen worden sind, so von Sommer und Sioli. Nachdem man den Kranken nach seinen persönlichen Verhältnissen gefragt hat, wird man etwa zunächst die örtliche Orientierung prüfen. Er hat anzugeben, wo er sich befindet, wie er an seinen jetzigen Aufenthaltsort gekommen ist, wie es zu Hause und in der nächsten Umgebung seiner Heimat aussieht. Sodann hat er Tag, Monat und Jahr anzugeben, wie lange Zeit er schon da ist, wie lange Zeit noch bis zum nächsten Hauptabschnitte des Jahres verfliessen wird, wann er geboren ist, und in welcher Zeitfolge sich seine bisherigen Lebensschicksale abgespielt haben. Endlich hat er über die Personen seiner jetzigen und früheren Umgebung Rechenschaft zu geben, über deren Namen, Stellung, gegenseitiges Verhältnis, über Geschwister, Nachbarn, bekanntere Persönlichkeiten seiner Heimat.

Ein zweiter Teil der Untersuchung würde sich auf die von dem Kranken etwa erworbenen Kenntnisse zu erstrecken haben. Dahin gehört zunächst das Rechnen, Schreiben, Lesen, die Kenntnis der Masse und Gewichte, der Münzen und Briefmarken, der Uhr und Zeiteinteilung, der Wochentage und Monatsnamen. Weitere Fragen richten sich auf die Himmelsgegenden, den Lauf der Sonne, den Mondwechsel, auf die Landesgrenzen, Ortschaften und Flüsse der Heimat, die Erdteile und fremde Länder. Aus der Geschichte kommt der Deutsch-französische Krieg mit seinen Schlachten, der Name des Landesfürsten, der letzten deutschen Kaiser, die Frage nach Bismarck, vielleicht auch nach Aufsehen erregenden Ereignissen der jüngsten Zeit in Betracht. Daran knüpfen sich Fragen über die Herkunft der Gesetze, die Bedeutung der Wahlen, der politischen Parteien, ferner über die Aufgabe

der Gerichte und Behörden, über die Verwendung der Steuern. Auf religiösem Gebiete wird nach dem gewöhnlichen Lernstoffe, dem Vaterunser, den 10 Geboten, landläufigen Gebeten zu fragen sein, nach der Bedeutung der kirchlichen Feste, Unterschieden der religiösen Bekenntnisse. Um die Ausbildung der sittlichen Anschauungen kennen zu lernen, wird an die Begriffe der Sünde und des Verbrechens, der Rechte, Pflichten und Verträge, der Lüge und des Eides, der Strafe anzuknüpfen sein. Das Verhältnis zu Eltern, Lehrern und Geschwistern, die Besprechung der geschlechtlichen Verhältnisse können weitere Einblicke liefern.

Eine letzte Richtung der Befragung würde mehr das praktiche Wissen des Kranken ins Auge zu fassen haben. Je nach der Umgebung, in der er gelebt hat, würden die Fragen aus der Landwirtschaft, der Viehzucht, aus den verschiedenen Handwerkszweigen und sonstigen Erwerbsgebieten zu wählen sein. Dazu kämen Fragen über die allgemeine Lebenshaltung, über Lohn und Verdienst, Kosten von Nahrung und Kleidung. Zugleich würde sich zweckmässig eine Prüfung des geistigen Könnens anschliessen. Man wird den Kranken einen Brief abfassen, eine Beschreibung geben lassen; man kann ihn auffordern, Vergleiche zu ziehen, Ursache und Wirkung aufzusuchen, Werturteile zu bilden. Für die Untersuchung dieser höchsten Leistungen dürfte die von Möller genauer bearbeitete Fabelmethode ihre grossen Vorzüge haben.

Aus den so gesammelten Äusserungen des Kranken, die natürlich je nach dem Grade der psychischen Schwäche einen grösseren oder kleineren Umfang menschlichen Denkens umfassen werden, lässt sich schon ungefähr ein Bild von der Höhe seiner Entwicklung gewinnen. Dasselbe bedarf jedoch durchaus noch der Vervollständigung durch die Beobachtung seiner Lebensführung. Man wird dann öfters finden, dass dem äusserst geringen Wissen ein erheblich besseres Können gegenübersteht, was sich bei der praktischen Betätigung noch weit deutlicher zeigt, als bei der Beantwortung von Fragen. Gerade diese Feststellung gibt uns dann, wie wir schon früher ausgeführt haben, das Mittel an die Hand, die psychischen Entwicklungshemmungen von den später erworbenen Schwachsinnsformen abzugrenzen.

Die Vorbeugung der Idiotie wird ausser dem auch unter diesem Gesichtspunkte unabweislichen Kampfe gegen den Alkohol kaum Angriffspunkte finden. Dagegen bedarf ein erheblicher Teil der etwa 60000 Idioten, die es nach Kurellas Schätzung in Deutschland gibt, besonderer Fürsorge*). Diese Fürsorge wird in der Hauptsache immer eine pädagogische sein müssen, selbstverständlich unter steter Berücksichtigung der für jeden einzelnen Fall in Betracht kommenden ärztlichen Grundsätze. Sich selbst überlassen oder in ungünstiger, roher Umgebung, pflegen Idioten rasch zu verkommen und zu vertieren, auch bösartig zu werden. Ich erinnere mich ferner an einen kleinen harmlosen Idioten, den sein Vater in bester Absicht deswegen an eine Kette legte, weil er die Neigung hatte, davonzulaufen, und bei seinen Irrfahrten in allerlei Gefahren geriet, namentlich durch die Misshandlungen und Scherze seiner Nachbarn. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass eine ganze Anzahl jener verwilderten Menschen, die man zu verschiedenen Zeiten in Wäldern aufgefunden und als besondere Abart des Menschengeschlechts („homo sapiens ferus“) beschrieben hat, verirrte Idioten waren. Auch die häusliche Pflege tiefstehender Idioten bringt nicht selten schwere Nachteile mit sich, namentlich bei den erregten Formen. Die mühselige Erziehung solcher Kinder erfordert einen derartigen Aufwand von Liebe, Geduld und namentlich auch Sachkenntnis, wie er in der Familie fast niemals erreichbar ist. Ausserdem aber können die Kranken durch schlimme Beeinflussung der Geschwister, durch Gewalttätigkeiten, unvermutete Fahrlässigkeiten, Brandstiftungen, geschlechtliche Angriffe gelegentlich in nicht geringem Grade gefährlich werden.

Mit vollem Rechte hat man daher mehr und mehr die Behandlung der Idioten, die zu einem besonderen Berufszweige aus-

---

*) Shuttleworth, Mentally deficient children, their treatment and training. 1893; Bourneville, Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et dégénérés. 1894; Weygandt, Die Behandlung idiotischer und imbeciller Kinder in ärztlicher und pädagogischer Beziehung. 1900; Stritter, Die Heilerziehungs- und Pflegeanstalten für schwachbefähigte Kinder, Idioten und Epileptiker in Deutschland und den übrigen europäischen Staaten. 1902; Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptiker, von Schröter und Wildermuth.

gebildet worden ist, in eigens für die Bedürfnisse dieser Kranken eingerichtete Anstalten verlegt. Die tief Verblödeten finden hier ihre Pflege, während die Bildungsfähigen unter ihresgleichen in besonderer Weise erzogen werden. Geregelter Unterricht in möglichst leicht fasslicher Form, von den einfachsten Kenntnissen und Fertigkeiten beginnend, freundliche, liebevolle Pflege der gemütlichen Regungen, sorgfältige Förderung der körperlichen Ausbildung, alles unter genauer Beachtung der kleinen persönlichen Eigentümlichkeiten des Einzelnen, sind die hauptsächlichsten Hilfsmittel, mit denen die Idiotenerziehung arbeitet. Ganz planmässig wird dabei zuerst das Erlernen des Gehens, des Gebrauches der Hände in Angriff genommen; die Tätigkeit der einzelnen Sinne, die Aufmerksamkeit wird geübt. Dann geht es an den eigentlichen Unterricht in Anschauung, Unterscheidung, einfachsten Urteilen, an die Ausbildung der Sprache, die Einprägung von Kenntnissen, die Einübung von Fertigkeiten, wie sie als Grundlage für eine spätere Erwerbstätigkeit dienen können. Die Erfolge dieser aufopferungsvollen Arbeit sind zwar der Natur der Sache gemäss keine glänzenden und in die Augen springenden, aber sie sind doch weit grösser, als man von vornherein denken sollte. Eine ansehnliche Zahl geistiger Krüppel verlässt alljährlich die Idiotenanstalten, wenn auch nicht geheilt, so doch derart erzogen, dass sie in bescheidenem Kreise dauernd eine nutzbringende Tätigkeit zu entfalten imstande sind. Freilich bedürfen auch diese Entlassenen noch dauernd einer gewissen Fürsorge, da sie das mühsam Erlernte leicht wieder vergessen, schwierigeren Anforderungen nicht gewachsen sind, Verführungen unterliegen, sich ausbeuten lassen, vielfach geneckt und verspottet werden, wegen ihrer geringen Leistungen leicht ins Elend geraten. Hier hätte der Schutz durch Vereine, unter Umständen auch die Unterbringung in Familienpflege oder in einfachen Pfründen einzutreten.

Dass die Idiotenbehandlung auch auf körperlichem Gebiete noch allerlei Aufgaben zu lösen hat, bedarf nur kurzer Erwähnung. Die so häufigen allgemeinen Ernährungsstörungen werden zu beseitigen sein; durch Besserung des Schlafes, Bekämpfung der Masturbation (Reinlichkeit, Beseitigung örtlicher Reize, Überwachung), angemessene Bewegung im Freien ist die körperliche

Ausbildung nach Kräften zu fördern. Auch die möglichste Beseitigung epileptischer Anfälle durch Bromkalium, Bromkampher (Bourneville), Atropin, Überosmiumsäure (Wildermuth) wird man anstreben, um so wenigstens das Fortschreiten des psychischen Verfalles bis zu einem gewissen Grade zu hindern. Der törichte Vorschlag Lannelongues, bei Mikrocephalie auf chirurgischem Wege den Schädel zu öffnen, um dem vermeintlich zusammengepressten Gehirne Raum zu verschaffen, beruht auf einer so gründlichen Verwechslung zwischen Ursache und Wirkung, dass er hoffentlich kein längeres Leben haben wird, als die Kranken, die ihm bisher zum Opfer gefallen sind.

Register.

A.

Aberglaube 782.
Aboulie professionelle 786.
Absence der Epileptiker 638.
Abstinenzdelirien beim Alkoholismus 81.
Abstinenzerscheinungen 65.
„ beim Morphinismus 147.
Abulie 747.
Abwehrhandlungen 771.
Abwehrneurose 708.
Äquivalente, psychisch-epileptische 669.
„ beim manisch-depressiven Irresein 558.
Affenmenschen 873.
Agoraphobie 785.
Agrammatismus bei Hirnerkrankungen 435.
Akathisie 786.
Akinesia algera 735.
„ Paralyse 306.
Alkoholabstinenz 82.
Alkoholepilepsie 76.
Alkoholintoleranz 69.
„ der Epileptiker 656.
Alkoholische Geistesstörungen 65.
Alkoholismus, chronischer 70.
Alkohol, Kampf gegen denselben 86.
Alkoholneuritis 76. 114.
Alkoholparalyse 134.
Alkoholparanoia 127.
Alkoholwahnsinn 119.
Alkoholwirkung, psychische 65.
Altersblödsinn 475.
Amentia 40.
Ammonshornveränderungen bei Epilepsie 661.
Amnesie der Epileptiker 648.
Amok 645.
Anankasmus 769.
Androgyne 809.
Anfälle, epileptische 635.
„ hysterische 698.
„ paralytische 299.
Angstmelancholie 450.
Aortenatherom bei Paralyse 365.
Apoplektisches Irresein 418.
Arc de cercle 699.
Arithmomanie 772.
Arteriosklerose bei Schreckneurose 727.
Arteriosklerotische Hirnatrophie 416.
Astasie-Abasie 696.
Asthenopie, neurasthenische 51.
Ataxie athetoide 189.
Atropindelirium 64.
Attitudes passionelles bei Hysterie 699.
Aura der Epileptiker 636.
Aztekentypus bei Idiotie 868.

B.

Basedowsche Krankheit mit Geistesstörung 63. 162.
Beeinträchtigungswahn, praeseniler 469.
Befehlsautomatie bei Dementia praecox 185. 213.
Befehlsnegativismus 214.
Berauschtheit während der Zeugung als Ursache der Idiotie 865.
Berührungsfurcht 787.
Berufsverbrecher 821.
Beschäftigungsdelirium der Alkoholdeliranten 93.
Beschäftigungsdrang der Manischen 507.
Beschränktheit 844.
Besessenheitswahn 253.
Bewegungsdrang bei Dementia praecox 185.
Bewegungsstereotypen der Katatoniker 185. 218.

Bewusstsein, Spaltung dess. bei Hysterie 708.
Bielefeld, Epileptikeranstalt 682.
Blatterdelirium 19.
Blödsinn s. Dementia.
„ agitierter 264.
„ apathischer 264.
Blutveränderungen bei Paralyse 322.
Brandstiftungstrieb 796.
Bromgleichgewicht bei Epilepsie 680.
Bromopiumkur bei Epilepsie 681.

C.

Cerebropathia psychica toxaemica 31.
Charakter, epileptischer 627.
„ hysterischer 684.
Chloroformdelirium 63.
Chorea Huntingtons 402.
Chorea magna 705.
Choreatisches Irresein 22.
Clownismus bei Hysterie 699.
Cocainismus 154.
Cocainwahnsinn 156.
Cretinismus, endemischer 169.
„ sporadischer 174.
Cyclothymie 579.
Cythoskopie bei Paralyse 316.

D.

Dämmerzustand, epileptischer 635.
„ hysterischer 698.
Debilität 843.
Decubitus s. Druckband.
Dégénéré supérieur 742.
Delinquente nato 818.
Délire chronique à évolution systématique 259.
Délire du toucher 787.
Delirium acutum 25. 340.
„ ängstliches, der Epileptiker 644.
„ bei Infektionskrankheiten 19.
„ besonnenes der Epileptiker 646.
„ blandes 16.
„ chronisches, der Alkoholisten 107.
„ febriles 15.
„ im Dunkelzimmer 488.
„ mussitierendes 16.
„ periodisches 488.
„ seniles 487.
„ septisches 24.
„ systematisierendes der Trinker 127.
Delirium transitorium 671.
„ traumatisches 436.
„ tremens 87.
„ „ der Morphinisten 148.
„ „ der Paralytiker 340.
„ „ febrile 98.
Démence globaire 427.
„ lacunaire 427.
Dementia s. Schwachsinn.
„ acuta 34.
„ paralytica, s. Paralyse, progressive.
„ paranoides 238. 263.
„ praecox 176.
„ senilis 475.
„ simplex 176.
Demenza primitiva 176.
Denkhemmung beim manisch-depressiven Irresein 505.
Depressionszustände, circuläre 530.
„ ideenflüchtige 548.
„ periodische 559.
„ senile 487.
Dipsomanie 657.
Doppelbewusstsein bei Hysterie 702.
Doppeldenken 250.
Druckbrand bei Paralyse 318.
„ Behandlung desselben 593.
Druckvisionen bei Alkoholisten 92.
Dyspepsie, nervöse 751.

E.

Echolalie 217.
Echopraxie 217.
Effeminatio 809.
Eifersuchtswahn der Cocainisten 158.
„ „ Trinker 131.
„ praeseniler 471.
Einteilung der Seelenstörungen 1.
„ ätiologische 3.
„ klinische 3.
„ pathologisch-anatomische 2.
„ symptomatische 3.
Eklampsie 667.
Embolien, Irresein bei denselben 435.
Encephalitis der Kinder 873.
Encephalitis subcorticalis progressiva chronica 425.
Entartungsirresein 741.
Enthaltsamkeitsvereine 85.
Entsalzung bei Epilepsie 677.
Entschlussunfähigkeit beim manisch-depressiven Irresein 511.
Entwicklungshemmungen, psychische 842.
Entziehungskur bei Alkoholismus 84.

Entziehungskur bei Cocainismus 161.
" " Morphinismus 147.
Epilepsia procursiva 638.
" tarda 655.
Epilepsie, alkoholische 76. 636.
" bei Idiotie 864.
" genuine 660.
" habituelle der Trinker 656.
" psychische 639.
" symptomatische 666.
Epileptisches Irresein 623.
Erregung, depressive 545.
" katatonische 213.
" konstitutionelle 764.
" manische 519.
Erschöpfung, chronische nervöse 48.
Erschöpfungsirresein 34.
Erwartungsneurose 731.
Erythrophobie 780.
Examensangst 780.
Exhibitionismus 802.
Existenz minimum der Morphinisten 150.

F.

Fabulieren der Greise 481.
Fascination 748.
Faserschwund beim Altersblödsinn 490.
Faserschwund bei Delirium tremens 100.
" " Paralyse 355.
Fatuität 264.
Fetischismus 803.
Fieberdelirien 15.
Folie à double forme 564.
" alterne 564.
" du doute 778.
" morale 816.
" raisonnante 517.
Forza irresistibile 801.
Fragesucht, krankhafte 773.

G.

Geburt, protrahierte, als Ursache der Idiotie 865.
Gefässerkrankungen bei Paralyse 359. 365.
" beim Altersblödsinn 491.
" bei Arteriosklerose 423.
" bei Hirnlues 411.
Gehirn s. Hirn.
Gehirnerschütterung, Irresein infolge von 436.
Gehirnerweichung s. Paralyse, progressive.
Geistesstörung s. Irresein.
Geschlechtstrieb, Verirrungen dess. 801.
Geschwülste des Hirns 431.
Gewohnheitsverbrecher 828.
Giftmischer 797.
Gliaveränderungen bei Katatonie 237.
" " Paralyse 357.
" " Arteriosklerose 423.
" " Hirnlues 411.
Gliose der Hirnrinde 402.
" perivasculäre 425.
Gothenburger System 86.
Grand mal 638.
Greisenirresein 475.
Grimassieren 189.
Grössenwahn bei Paralyse 329.
" " Verrücktheit 599.
Grübelsucht 773.
Gynandrier 809.

H.

Haematom der Dura bei Paralyse 352.
Haesitieren bei Paralyse 307.
Hallucinose, acute der Trinker 119.
Haltlosigkeit, krankhafte 825.
Haschischdelirium 63.
Hebephrenie 192.
Hemmung, manische 549.
" psychomotorische beim manisch-depressiven Irresein 511.
Hermaphrodisie, körperliche 809.
" psychische 808.
Heterotopien bei Idiotie 873.
Hilfsschulen 850.
Hirnabscesse, Irresein infolge ders. 435.
Hirnatrophie der Greise 490.
" bei Paralyse 353.
Hirnblutung, Irresein infolge ders. 435.
Hirnerkrankungen, Irresein bei denselben 401.
Hirngeschwülste,, Irresein bei dens. 431.
Hirngewicht bei Paralyse 353.
Hirnsklerose, diffuse 402.
" hypertrophische 876.
Hirnverödung, senile 426. 492.
Höhenangst 785.
Homo sapiens ferus 882.
Homosexualität 805.
Hydrocephalus bei Idiotie 867. 875.
Hyperostose des Schädels bei Paralyse 352.
Hyperpyrexie bei Fieberdelirien 16.

Hypnose bei conträrer Sexualempfindung 814.
Hypochloruration 677.
Hypochondrie 53.
„ der Hysterischen 687.
Hypomanie 517.
Hypothyreoidie 166.
Hysterie bei Alkoholisten 78.
„ bei Genitalleiden 706.
„ bei Kindern 705. 738.
„ männliche 705.
„ monosymptomatische 738.
„ traumatische 720.
Hysterisches Irresein 684.
Hysteroepilepsie 672.

I. J.

Ideenflucht bei Manie 503.
Idiosynkrasieen 746.
Idiotenanstalten 882.
Idiotie 857.
„ anergetische 862.
„ apathische 862.
„ erethische 862.
„ mongoloide 877.
„ paralytisch-amaurotische 876.
„ versatile 862.
Imbecillität 844.
„ anergetische 844.
„ erethische 849.
„ lebhafte 849.
„ stumpfe 844.
Infectiöses Irresein 14.
Infectiöse Schwächezustände 27.
Infectionsdelirien 19.
Influenzapsychosen 24.
Initialdelirium 19.
Instabilität 825.
Intermittenspsychosen 22.
Intoleranz der Epileptiker gegen Alkohol 656.
Intoxikationen s. Vergiftungen.
Intoxikationsdelirium 62.
Iodothyrin bei Myxödem 168.
Irresein, circuläres 553.
„ degeneratives 741.
„ epileptisches 623.
„ hallucinatorisches der Wöchnerinnen 40.
„ hysterisches 684.
„ impulsives 794.
„ infectiöses 14.
„ luetisches 404.
„ manisch-depressives 496.
„ manisches 517.
Irresein, menstruelles 232.
„ moralisches 816.
„ myxödematöses 162.
„ periodisches 553.
„ polyneuritisches 108.
„ postepileptisches 639.
„ praeepileptisches 639.
„ thyreogenes 162.
„ transitorisches bei Neurasthenie 671.
Jugendirresein 192.

K.

Kachexia strumipriva 166.
Kastration bei Hysterie 716.
Katalepsie bei Katatonie 217.
Kataraktoperationen, Irresein nach denselben 488.
Katatonie 209.
Kathartisches Verfahren bei Hysterie 709.
Klangassociationen bei Manie 509.
Klassifikation s. Einteilung.
Klaustrophilie 786.
Klaustrophobie 786.
Kleiderangst 781.
Kleptomanie 796.
Knabenliebe der Alten 805.
Kollapsdelirium 35.
Koma 16.
„ vigil 16.
Kopfverletzungen, Irresein nach 436
Koprolalie 790.
Korssakowsche Psychose 107.
Krampf, epileptischer 635.
„ hysterischer 698.
Kriminalanthropologie 818.
Kriminalpsychologie 818.
Krisen beim Entartungsirresein 788.
Kropf bei Cretinen 170.
Kropfbrunnen 173.

L.

Lehrbücher der Psychiatrie 12.
Leichenbefund bei Paralyse 352.
„ beim Altersblödsinn 490.
„ bei Idiotie 871.
Lethargie 16.
„ hysterische 700.
Logoklonie bei Paralyse 306.
Lügner, krankhafte 831.
Lues hereditaria tarda, Schwachsinn bei ders. 405.
Lyssadelirium 24.

M.

Maladie des tics 761.
Malaria s. Intermittens.
Mania 517.
„ chronica 579. 766.
„ gedankenarme 546.
„ konstitutionelle 580. 767.
„ mitis 517.
„ mitissima 517.
„ nörgelnde 544.
„ periodica 553.
„ simplex 554.
„ sine delirio 517.
„ transitoria 671.
„ zornige 544.
Manie mentale 770.
Manieren der Katatoniker 185. 228.
Manisch-depressives Irresein 496.
Masochismus 804.
Mastkur bei Hysterie 717.
Masturbation 749. 802.
Masturbation, gemeinschaftliche bei conträrer Sexualempfindung 806.
Megalomanie der Paralytiker 329.
Melancholie 441.
„ aktive 450.
„ einfache 451.
„ periodische 553. 559.
„ simplex 451.
Mikrocephalie der Idioten 868.
Mikrogyrie bei Idioten 873.
Mikromanie der Paralytiker 325.
Minderwertigkeiten, psychopathische, angeborene 753.
Mischzustände im manisch-depressiven Irresein 539.
Monomanie 800.
Moral insanity 816.
Mordtrieb 797.
Moria 264.
Morphinismus 135.
Morphinodipsomanie 141.
Morphiococainismus 152.
Morphiumabstinenz 147.
Morphiumalkoholismus 151.
Morphiumrausch 136.
Morphiumsiechtum 154.
Mutacismus der Katatoniker 213.
Mysophobie 787.
Myxödematöses Irresein 162.
Myxödème fruste 166.
Myxödem, infantiles 174.

N.

Nachtwandeln 641. 700.
Nahtverknöcherung bei Idiotie 866.
Negativismus der Katatoniker 184. 213.
Nervosität 741.
Neurasthenie, angeborene 753.
„ erworbene 48.
„ periodische 561.
„ sexuelle 734. 750.
Neuritis, alkoholische 114.
„ bei Paralyse 364.
Neuroglia s. Glia.
Neuronophagie bei Katatonie 238.
Neurosen„ psychogene 683.
Neurose, traumatische 720.
„ „ lokale 724.
Nyktophobie 786.

O.

Ohnmacht, epileptische 638.
Onanie s. Masturbation.
Onomatomanie 771.
Opiumrausch 64.
Othämatom bei Paralyse 318.
Ovarie 696.

P.

Paederastie 806.
Papierangst 776.
Paragraphie bei Paralyse 312.
Paralyse, agitierte 337.
„ alkoholische 134.
„ ascendierende 314.
„ atypische 367.
„ circuläre 337.
„ demente 341.
„ depressive 324.
„ expansive 329.
„ foudroyante 367.
„ galoppierende 339.
„ hypochondrische 324.
„ jugendliche 371.
„ klassische 329.
„ Lissauersche 367.
„ progressive 284.
„ senile 368.
„ weibliche 371.
Paramimie 186.
Paranoia s. Verrücktheit.
„ completa 259.
„ epileptische 634.
„ periodische 553. 591.
„ senile 489.
Periodisches Irresein 553.
Persönlichkeiten, psychopathische 815

Petit mal 638.
Phantasieren 15.
Phobie du métier 786.
Phobien der Entarteten 784.
Phosphoricterus, Delirium bei dems. 63.
Physiognomie, epileptische 652.
Plasmazellen bei Paralyse 360.
Platzangst 785.
Pockendelirium 19.
Polioencephalitis acuta haemorrhagica superior 116.
Polyneuritische Geistesstörung 108.
Porencephalie bei Idiotie 872.
Praecordialangst 450.
Praeseniler Beeinträchtigungswahn 469.
Presbyophrenie 482.
Processkrämer 612.
Pseudodipsomanie 670. 828.
Pseudoparalyse, alkoholische 134.
„ luetische 407.
Pseudoquerulanten 836.
Psychasthenie 737.
Psychose s. Irresein.

Q.

Quartalsäufer 659.
Quecksilberbehandlung bei Paralyse 396.
Querulantenwahn 612.

R.

Randgliose bei Epilepsie 661.
Raptus melancholicus 451.
Rausch 65.
Rauschzustände, krankhafte 69. 656.
Rededrang der Manischen 508.
Reflexepilepsie 675.
Reflexkrampf, saltatorischer 316.
Remissionen bei Katatonie 235.
„ bei Paralyse 346.
Rente, Kampf um dieselbe bei Schreckneurose 725.
Rindenepilepsie 666.
Rippenbrüche bei Paralyse 318.
Rückbildungsirresein 440.
Rückenmarksveränderungen bei Paralyse 363.
Rumination, psychische 770.

S.

Sadismus 804.
Sammelwut, krankhafte 797.
Santonindelirium 63.
Scandieren der Paralytiker 307.
Schilddrüsenerkrankung bei Cretinismus 173.
„ „ Myxödem 166
Schlafanfälle bei Epilepsie 638.
„ „ Hysterie 700.
Schmierkur bei Paralyse 396.
Schmutzangst 787.
Schnauzkrampf der Katatoniker 216.
Schreckneurose 720.
Schriftstörungen bei manisch-depressivem Irresein 511. 513.
„ der Alkoholdeliranten 97.
„ der Paralytiker 303.
Schriftstücke bei Dementia praecox 202. 223. 230.
Schulärzte 856.
Schulepidemie, hysterische 705.
Schutzhandlungen 771.
Schwachsinn s. Dementia und Imbecillität.
„ angeborener 842.
„ bei organischen Hirnerkrankungen 401.
„ epileptischer 624.
„ hallucinatorischer 263.
„ hallucinatorischer der Trinker 127.
„ hebephrenischer 204.
„ impulsiver 794.
„ katatonischer 227.
„ luetischer 406.
„ moralischer 816.
„ postapoplektischer 416.
„ traumatischer 437.
„ vorzeitiger 176.
Schwindelanfälle, epileptische 638
„ paralytische 299.
Schwindler, krankhafte 831.
Sehstörung der Paralytiker 298.
Senile Verwirrtheit 480.
Senium praecox 490.
Sexualempfindung, conträre 805.
Silbenstolpern der Paralytiker 307.
Sinnestäuschung, trunkfällige 70.
Sklerose, diffuse 402.
„ multiple 404.
Somnambulismus s. Nachtwandeln.
Spätkatatonie 267.
Spinnenzellen bei Paralyse 350.
Sprachstörung der Alkoholdeliranten 97.
„ „ Idioten 860.
„ „ Paralytiker 305.
Sprachverwirrtheit 229. 262.

Stäbchenzellen bei Paralyse 361.
Status epilepticus 679.
Stehltrieb 796.
Stereotypen der Katatoniker 185.
Stickstoffoxyduldelirium 64.
Stigmata, hysterische 696.
Stupor, epileptischer 642.
„ im manisch-depressiven Irresein 533.
„ katatonischer 213.
„ manischer 547.
„ paralytischer 327.
Syphilis bei Paralyse 374.
Syphilitische Geistesstörungen 404.

T.

Tabes bei Paralyse 314.
Tabespsychosen414.
Tangentialfasern, Schwund ders. bei Paralyse 355.
Telepathie 250.
Tetanie, Irresein bei 63.
Thyreogenes Irresein 162.
Thyreoidin bei Myxödem 168.
„ „ Cretinismus 175.
Tics 761.
Tobsucht 522.
Transformation des Wahns 259.
Tremor, alkoholischer 76. 97.
„ seniler 479.
Tribasilarsynostose bei Idiotie 870.
Triebhandlungen der Katatoniker 218.
Trinkerasyle 82.
Trinkerhumor 73.
Typhusdelirium 19.

U.

Umständlichkeit der Epileptiker 625.
Unfallspsychosen 720.
Uraemisches Delirium 63.
Urninde 810.
Urning 810.

V.

Varioladelirium 19.
Verbigeration der Katatoniker 222.
Verblödung, einfache, 262.
„ faselige 264.
„ stumpfe 264.
Verblödungsprocesse 177.
Verbrecher, geborener 816.
Verfolgungswahn bei Melancholie 444.
„ „ Paralyse 326.
„ „ Verrücktheit 596.
„ physikalischer 249.
„ seniler 489.
„ praeseniler 469.
Vergiftungen, Irresein bei dens. 62.
„ acute 62.
„ chronische 64.
Verirrungen, geschlechtliche 801.
Verrücktheit 590.
„ acute 584. 591.
„ erotische 600.
„ hallucinatorische 263.
„ hysterische 279.
„ konfabulierende 609.
„ originäre 609.
„ phantastische 247.
„ primäre 590.
„ secundäre 590.
Verschrobenheit bei Dementia praecox 186.
Verstellung bei Schreckneurose 728.
Verstimmung, konstitutionelle 756.
Verstimmungen der Epileptiker 630
Versündigungswahn der Melancholiker 441.
Verwirrtheit, acute 40.
„ asthenische 42.
„ hallucinatorische 40.
„ ideenflüchtige 503.
„ senile 480.
Vesania typica circularis 579.
Vigilambulismus der Hysterischen 708.
Viraginität 809.

W.

Wahn, nihilistischer der Melancholischen 448.
Wahnsinn, depressiver 446.
„ hallucinatorischer der Trinker 119.
„ hallucinatorischer der Cocainisten 156.
„ periodischer 584.
Wandertrieb der Entarteten 786, 795.
„ der Epileptiker 467.
„ der Hysterischen 674.
Waschmanie 791.
Willenssperrung bei Dementia praecox 184.

Wöchnerinnen, hallucinatorisches Irresein ders. 40.
Wunderkinder 743.

Z.

Zangengeburten als Ursache der Idiotie 865.
Zellerkrankungen bei Paralyse 354.
Zustandsbilder 4.
Zwangsantriebe 789.
Zwangsdenken 771.
Zwangshandlungen 795.
Zwangsirresein 769.
Zwangsvorstellungen 771.
„ beim manisch-depressiven Irresein 531.
Zweifelsucht 778.
Zwitter, körperliche 809.
„ psychische 808.



HEUBNER, Prof. Dr. O., Lehrbuch der Kinderheilkunde. Band I. VIII, 716 Seiten, mit 47 Abbildungen im Text und auf einer Tafel. M. 17.—, geb. M. 19.50

Monatsschr. f. Kinderheilk.: Das vorliegende Werk stützt sich auf langjährige Erfahrung und Beobachtung, auf ein „kleines Archiv von Kinderkrankengeschichten" und ist von langer Zeit her sorgfältig vorbereitet. Gerade dadurch, dass in jedem einzelnen Abschnitte die eigene Erfahrung und Forschung des Verf. zu Tage tritt, wird das Buch für jeden Arzt und Forscher eine Fülle von Anregung bringen, wie die klare Darstellung des tatsächlich Erforschten und die gesunde Kritik gegenüber dem noch Zweifelhaften es zu einem ausgezeichneten Lehrbuch für den Studierenden bestimmt.

KÜHNEMANN, Stabsarzt Dr., Praktische Diagnostik der inneren Krankheiten. Mit besonderer Berücksichtigung der Differential-Diagnostik. XVIII, 393 S. 1901. M. 8.40; geb. M. 10.—.

Berliner Klinische Wochenschr.: Die vorliegende Diagnostik ist in erster Linie für den praktischen Gebrauch bestimmt. Sie stellt deshalb nicht eine blosse Aneinanderreihung von Krankheitsbildern dar, sondern sucht dieselben zu Gruppen symptomatisch ähnlicher Krankheiten zu vereinigen, um im speziellen Falle die Aufmerksamkeit des Untersuchers auf alle für die Diagnose in Frage kommenden Gesichtspunkte hinzulenken und eine präzise Differentialdiagnose zu ermöglichen.

SPAETH, Dr. EDUARD, Die chemische und mikroskopische Untersuchung des Harnes. Ein Handbuch zum Gebrauche für Ärzte, Apotheker, Chemiker und Studierende. 2. neubearbeitete Aufl. XX, 532 S. mit 75 in den Text gedruckten Abbildungen und 1 (farbigen) Spektraltafel. 1903. M. 10.—, geb. M. 11.—

Pharmazeutische Zeitung: Wir empfehlen dieses Werk den Fachgenossen auf das nachdrucklichste, bemerken aber noch, dass es kein überflüssiges Wort enthält, dass also die genaueste Beachtung aller Angaben unumgänglich ist. Die knappen, klaren physiologischen Erläuterungen werden der Mehrzahl der Fachgenossen zweifellos sehr willkommen sein.

SCHMIDT, HEINRICH, L. FRIEDHEIM, A. LAMHOFER, J. DONAT, DD., Diagnostisch-Therapeutisches Vademecum für Studierende und Ärzte. 6. Auflage. 12⁰. VI, 418 Seiten. 1903.

In abwaschbarem Leinen gebunden . . . . M. 6.—
Gebunden und mit Schreibpapier durchschossen . . . M. 7.—

Schmidts Jahrbücher: Man kann nicht gut mehr des Tatsächlichen, Wissenswerten auf einen so knappen Raum zusammenfassen. Die Antworten, die der Unsichere erhält, sind überall klar und richtig.

Das Werkchen erschien 1895 zum erstenmale. Die rasch aufeinander folgenden Auflagen dürften am besten für die praktische Brauchbarkeit sprechen.

DIEUDONNÉ, Prof. Dr. A., Immunität, Schutzimpfung und Serumtherapie. Zusammenfassende Übersicht über die Immunitätslehre. 3. gänzlich umgearbeitete Auflage. VIII und 168 S. gr. 8⁰. 1903. M. 5.—, geb. M. 6.—

Hygienische Rundschau: In 4 Abschnitten bespricht das Buch die natürliche Resistenz (angeborene Immunität), die natürlich erworbene Immunität, die künstlich erworbene Immunität (Schutzimpfung) und die Blutserumtherapie. Die weitere Gliederung der 4 Kapitel ist übersichtlich und klar. Die Auswahl der abgehandelten Materien ist durchweg eine glückliche. Wichtiges ist nirgends übersehen worden. Die Darstellung ist bündig und überall, trotz der oft grossen Kompliziertheit der Verhältnisse, leicht verständlich. Seinen Zweck, einen den Fragen der Immunität ferner stehenden Leser schnell mit allem Wichtigen und Wissenswerten über dieselben bekannt zu machen, erfüllt das Werk in vollkommenster Weise.